



Notificación de

orden judicial para la prueba de detección del virus de inmunodeficiencia humana (VIH)

(Esta sección debe ser completada por el Juez o el Fiscal en el momento de la condena por prostitución, proxenetismo, violación, sodomía o abuso sexual. Consulte los procedimientos de direccionamiento al pie de esta sección).

De conformidad con el q Capítulo 529 de KRS (leyes vigentes de Kentucky), Delitos de prostitución q el Capítulo 510 de KRS, Delitos sexuales q KRS 635.110, Delito sexual de delincuente juvenil, a (Nombre de la persona a quien se le hará la prueba) _____ se le ordena que se dirija a:

_____, _____,
(Departamento de salud local u otro sitio designado) Domicilio
_____, en _____,

Ciudad, Estado, Código Postal Hora Fecha
para que se le extraiga una muestra de sangre a fin de detectar una infección por VIH y que la muestra sea enviada a la División de Servicios de Laboratorio (Division of Laboratory Services), Frankfort, para ser analizada. Se requerirá una identificación con fotografía.

Departamento de Justicia de Menores
(Department of Juvenile Justice)
1025 Capital Center Drive
Frankfort, Kentucky 40601

Nombre del Fiscal (a máquina o en letra de imprenta)

Departamento Penitenciario
(Department of Corrections)
Director médico
275 East Main Street
Frankfort, Kentucky 40601

Domicilio (a máquina o en letra de imprenta)

Teléfono

Procedimientos de direccionamiento: Entregarle a la persona que debe hacerse la prueba o, en caso de ser menor, a uno de los padres o al tutor, la copia 5 (amarilla oscura). Conservar la copia 4 (rosa) y enviar las copias 1 (blanca), 2 (verde) y 3 (amarilla clara) al departamento de salud local o al sitio de análisis designado.
IMPORTANTE: Indique toda la información solicitada.

(Esta sección debe ser completada por el departamento de salud local o el centro de análisis designado que aparece en la Sección 1). Consulte los procedimientos de direccionamiento al pie de esta sección).

Marque la casilla correspondiente:

- Por la presente se certifica que una persona que se identifica como _____, se presentó para realizarse una prueba de VIH el día _____ y se le extrajo una muestra de sangre que se envió a la División de Servicios de Laboratorio (Division of Laboratory Services), Frankfort, para realizar un análisis de detección de VIH.
Nombre de la persona
Fecha
- La persona mencionada en la Sección 1 no se presentó para la prueba de VIH tal como le fue ordenado.

Firma (Funcionario del departamento de salud o del centro de análisis) Fecha

Procedimiento de direccionamiento: Si la persona se presenta para la prueba, devuelva la copia 3 (amarilla clara) al Fiscal y envíe las copias 1 y 2 (blanca y verde) a la División de Servicios de Laboratorio, Frankfort. Si la persona no se presentó en la fecha establecida, devuélvale todas las copias al Fiscal.

IMPORTANTE: Indique toda la información solicitada.

(Esta sección debe ser completada por el departamento de salud local o el centro de análisis designado en el momento de extracción de la muestra y por la División de Servicios de Laboratorio en el momento del procesamiento. Consulte los procedimientos de direccionamiento al pie de esta sección).

ORDEN JUDICIAL DE PRUEBA DE VIH

RESULTADOS DE LABORATORIO

- MUESTRA NO SATISFATORIA:**
 - se rompió durante el transporte quilosa hemolizada
 - cantidad insuficiente accidente de laboratorio otro _____

ELISA: Ensayo de inmunoabsorción ligado a enzimas
 no reactivo: Sin evidencia serológica del anticuerpo contra VIH-1 o VIH-2.
 reiteradamente reactivo: Se requiere una prueba de confirmación.

PRUEBA de confirmación REALIZADA: TRANSFERENCIA WESTERN-VIH-1, ELISA-VIH-2

- No se detectó anticuerpo contra VIH-1.
- No se detectó anticuerpo contra VIH-2.
- Se detectó anticuerpo contra VIH-1.
- Se detectó anticuerpo contra VIH-2.
- indeterminado: Prueba inconclusa: enviar otra muestra según las indicaciones clínicas o en seis semanas, según las pautas de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (Centers for Disease Control and Prevention, CDC).

Nombre del paciente _____
Domicilio _____
Condado | Edad | Sexo | Raza
Número de Seguro Social del Paciente _____

MUESTRA ENVIADA:
 sangre suero

FECHA DE LA EXTRACCIÓN
Mes _____ Día _____ Año _____

Fecha recepción	N.º del laboratorio	Fecha informe	Tecnólogo
-----------------	---------------------	---------------	-----------

Las preguntas acerca de este informe deben dirigirse a:
Director, Division of Laboratory Services
100 Sower Blvd.; Suite 204
Frankfort, Kentucky 40601
Teléfono: (502) 564-4446

RESUMEN DEL INFORME DEL LABORATORIO
 Los resultados de laboratorio indican una infección por VIH-1.
 Los resultados de laboratorio indican una infección por VIH-2.
 Los resultados de laboratorio no arrojaron evidencia de una infección por VIH.
 Se requiere una prueba adicional.

Procedimiento de direccionamiento: La División de Servicios de Laboratorio enviará la copia 1 (blanca) al Fiscal si la prueba es realizada de conformidad con el Capítulo 529 de KRS o al Departamento de Justicia de Menores si la prueba es realizada de conformidad con 635.110 de KRS o al Departamento Correccional (si el resultado es positivo) si la prueba es realizada de conformidad con el Capítulo 510 de KRS, y conservará la copia 2 (verde).

SECCIÓN 1

SECCIÓN 2

SECCIÓN 3