



MINISTERIO  
DE SALUD

# Lineamientos técnicos de consejería en ITS/VIH

San Salvador, El Salvador, 2021

# IX. Anexos

## Anexo No. 1 Formulario VIH-01 (anverso)



MINISTERIO DE SALUD

### SISTEMA NACIONAL DE SALUD

#### Formulario para solicitud y confirmación de VIH (FVIH-01)

##### A. DATOS GENERALES

Fecha de consulta: ( dd / mm / aa ) Nombre del Establecimiento: \_\_\_\_\_  
 No. Expediente/No. de Afiliación: \_\_\_\_\_ Categoría de Afiliación: Cotizante  Pensionado  VG   
 Beneficiario  Cesante   
 N° DUI: \_\_\_\_\_ Muestra para VIH: Primera vez  Subsecuente

##### I. DATOS DE IDENTIFICACION

1° Nombre: \_\_\_\_\_ 1° Apellido: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: (dd/mm/aa) \_\_\_\_\_  
 2° Nombre: \_\_\_\_\_ 2° Apellido: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Años \_\_\_\_\_ Meses \_\_\_\_\_ Días \_\_\_\_\_  
 3° Nombre: \_\_\_\_\_ Apellido de Casado: \_\_\_\_\_ Sexo: Masc.  Fem.   
 Si es menor de edad, nombre completo de madre o responsable: \_\_\_\_\_ Conocido por: \_\_\_\_\_

Departamento: \_\_\_\_\_ Municipio: \_\_\_\_\_ Área Urbana  Rural  Nacionalidad: \_\_\_\_\_  
 Dirección Completa: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

¿Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 12 meses con?:  
 1. Mujeres  2. Hombres  3. Mujeres Trans  4. Hombres Trans   
 5. Otro  6. Rechaza contestar   
 Estado Civil: 1. Soltero(a)  2. Casado(a)  3. Divorciado(a)  4. Viudo(a)  6. Separado(a)  7. No aplica   
 Alfabeta: 1. Ninguna  2. Básica  3. Bachillerato  4. Técnica  5. Universitaria   
 Ocupación: 1. Desempleado(a)  2. Ama de casa  3. Estudiante  4. Jubilado / Pensionado  5. Empleado informal  6. Empleado formal   
 7. Agricultor/Obrero  8. Comerciante  9. Cuerpos Uniformados  10. Otro  11. Especifique: \_\_\_\_\_

##### II. DATOS ESPECÍFICOS DE MUJERES EN EDAD REPRODUCTIVA (9-54 AÑOS)

Indagar en toda mujer en edad reproductiva (9 a 54 años de edad)  
 Sí  En control Sí   
 Embarazada: No  Prenatal: No   
 Establecimiento de Control: \_\_\_\_\_  
 FUM: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
 Fórmula Obstétrica: G  P  A  V   
 Período de indicación de examen:  
 a) Primer Trimestre  d) Post Parto   
 b) Segundo Trimestre   
 c) Tercer Trimestre

##### III. DATOS ESPECÍFICOS SOBRE POBLACION

Orientación Sexual: 1. Heterosexual  2. Lesbiana  3. Gay  4. Bisexual   
 Identidad Género: Transgénero  Transexual   
 Posibles Factores de Riesgo:  
 1. Usa Drogas inyectables? Ha intercambiado jeringuilla: SI  NO   
 2. Trabajador(a) Sexual   
 3. Hombre que tiene Sexo con Hombre   
 4. Persona Privada de Libertad (PPL)   
 5. Población Móvil   
 6. Receptor Transfusión Hemoderivados y Órganos   
 7. Hijo de Madre VIH (+)   
 8. Contacto de Persona VIH (+)   
 9. Tatuajes   
 10. Más de una pareja sexual en el último año   
 Especifique Práctica Sexual sin Protección: \_\_\_\_\_  
 V. DISCAPACIDAD: 1. Física  2. Visual  3. Auditiva   
 4. Mental  5. Intelectual   
 VI. CONSEJERÍA: Se registró consejería SI  NO

##### IV. MOTIVOS DE SOLICITUD DE EXÁMEN

1. Donante   
 2. 1ª prueba durante embarazo   
 3. 2ª prueba durante embarazo   
 4. Exposición Perinatal RN   
 5. Accidente Laboral   
 6. Agresión Sexual   
 7. Paciente con Tuberculosis   
 8. Otras ITS   
 9. Tamizaje   
 10. Contacto   
 11. Solicitud Voluntaria   
 12. Solicitud de Trabajo   
 Nombre de Empresa que solicita prueba: \_\_\_\_\_  
 Población Meta:  
 1. Adolescentes   
 2. Hombre que tiene Sexo con Hombre (HSH)   
 3. Trabajador(a) del sexo (TS)   
 4. 1ª Prueba durante el embarazo   
 5. 2ª Prueba durante el embarazo   
 6. Población Móvil   
 7. Privado de Libertad   
 8. Transgénero   
 9. Población General

Nombre de responsable de indicar prueba: \_\_\_\_\_  
 Firma y Sello: \_\_\_\_\_

Esta hoja deberá ser llenada en forma completa y con letra legible por personal que indicó la prueba de VIH

Ley y Reglamento de Prevención y Control de la Infección Provocada por el Virus de Inmunodeficiencia Humana  
 DECRETO No. 588. CAPITULO III. Vigilancia Epidemiológica Art. 30. Y DECRETO No. 40 CAPITULO IV. Art. 59. Art. 61

Establecimiento: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ **ORDEN DE SOLICITUD DE EXAMEN**  
 1° Nombre: \_\_\_\_\_ 1° Apellido: \_\_\_\_\_ DUI: \_\_\_\_\_  
 2° Nombre: \_\_\_\_\_ 2° Apellido: \_\_\_\_\_  
 3° Nombre: \_\_\_\_\_ Apellido de Casado: \_\_\_\_\_  
 Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ No. de Expediente/No. de Afiliación: \_\_\_\_\_  
 Motivo de solicitud de Exámen:  
 1. Donante  2. 1ª prueba durante el embarazo  3. 2ª prueba durante el embarazo  4. Exposición Perinatal  5. Accidente Laboral  6. Agresión Sexual   
 7. Paciente con TB  8. Otras ITS  9. Tamizaje  10. Contacto  11. Solicitud Voluntaria  12. Solicitud de Trabajo   
 Nombre de responsable de indicar prueba: \_\_\_\_\_ Firma y Sello: \_\_\_\_\_



MINISTERIO  
DE SALUD

**Instructivo para el correcto llenado del  
“Formulario para solicitud, confirmación de prueba  
de VIH y reporte de consejería preprueba”  
FVIH-01**

El Salvador, Centroamérica

San Salvador, febrero 2024



MINISTERIO  
DE SALUD

SISTEMA NACIONAL INTEGRADO DE SALUD

Formulario para solicitud, confirmación de prueba de VIH y  
reporte de consejería pre prueba (FVIH-01)



Instructivo:

**A. DATOS GENERALES**

Establecimiento que solicita la prueba: \_\_\_\_\_ Referido por: \_\_\_\_\_

Fecha de consulta: dd / mm / aa N.º expediente o N.º de afiliación: \_\_\_\_\_ Categoría de afiliación:  Cotizante  Pensionado  VG  Beneficiario  Cesante  ISBM  COSAM

**I. Datos de identificación**

Modalidad:  Ambulatoria  Hospitalaria  Extramural

N.º DUI/CUN: \_\_\_\_\_ N.º CUI: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: dd / mm / aa Sexo:  Masculino  Femenino

1.º Nombre: \_\_\_\_\_ 1.º Apellido: \_\_\_\_\_ Edad: Años \_\_\_\_\_ Meses \_\_\_\_\_ Días \_\_\_\_\_

2.º Nombre: \_\_\_\_\_ 2.º Apellido: \_\_\_\_\_ Nacionalidad: \_\_\_\_\_

3.º Nombre: \_\_\_\_\_ Apellido de casada: \_\_\_\_\_ Conocido/a por (DUI): \_\_\_\_\_ Correo: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Si es menor de edad, nombre completo de madre o responsable: \_\_\_\_\_ Área:  Urbana  Rural

Dirección completa y punto de referencia: \_\_\_\_\_

Departamento: \_\_\_\_\_ Municipio: \_\_\_\_\_ Barrio/colonia/lotificación: \_\_\_\_\_

Estado civil	Educación	Ocupación	Discapacidad	IV. Motivo de solicitud de examen
<input type="checkbox"/> 1. Soltero (a)	Alfabeta: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> 1. Desempleado	<input type="checkbox"/> 1. Física	<input type="checkbox"/> 1. Donante
<input type="checkbox"/> 2. Casado (a)	<input type="checkbox"/> 1. Ninguna	<input type="checkbox"/> 2. Ama de casa	<input type="checkbox"/> 2. Visual	<input type="checkbox"/> 2. Atención preconcepcional
<input type="checkbox"/> 3. Viudo (a)	<input type="checkbox"/> 2. Básica	<input type="checkbox"/> 3. Estudiante	<input type="checkbox"/> 3. Auditiva	<input type="checkbox"/> 3. Atención prenatal, parto, puerperio y lactancia
<input type="checkbox"/> 4. No aplica	<input type="checkbox"/> 3. Bachillerato	<input type="checkbox"/> 4. Jubilado/Pensionado	<input type="checkbox"/> 4. Mental	<input type="checkbox"/> 4. Exposición perinatal
	<input type="checkbox"/> 4. Técnica	<input type="checkbox"/> 5. Empleado informal	<input type="checkbox"/> 5. Intelectual	<input type="checkbox"/> 5. Profilaxis Post Exposición (PPE)
	<input type="checkbox"/> 5. Universitaria	<input type="checkbox"/> 6. Empleado formal	<input type="checkbox"/> 6. Ninguna	<input type="checkbox"/> 6. Profilaxis Pre Exposición (PrEP)
		<input type="checkbox"/> 7. Agricultor		<input type="checkbox"/> 7. Paciente con tuberculosis
		<input type="checkbox"/> 8. Comerciante		<input type="checkbox"/> 8. Otras ITS
		<input type="checkbox"/> 9. Cuerpo uniformado		<input type="checkbox"/> 9. Tamizaje
		<input type="checkbox"/> 10. No aplica		<input type="checkbox"/> 10. Estrategias NAC/NAP
		<input type="checkbox"/> 11. Otro, especifique _____		<input type="checkbox"/> 11. Solicitud voluntaria
				<input type="checkbox"/> 12. Autopueba individual <b>NO</b> asistida "reactiva"
				<input type="checkbox"/> 13. Solicitud de trabajo/estudio
				Nombre de empresa/institución que solicita: _____
				<input type="checkbox"/> 14. Investigación epidemiológica

**II. Datos específicos de mujeres en edad reproductiva**

Completar en toda mujer en edad reproductiva (9-54 años)

Embarazada:  Sí  No FUM: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

En control prenatal:  Sí  No

Establecimiento de control: \_\_\_\_\_

Período de indicación de examen:

1.º Perfil  2.º Perfil  3.º Perfil

Trabajo de parto  Post parto

Brindando lactancia:  Sí  No

Nombre de responsable de indicar prueba

Firma y sello

Esta hoja deberá ser llenada en forma completa y con letra legible por el personal que indicó la prueba de VIH

**III. Identificación de riesgos**

1. Hijo de madre VIH(+)

Indagar si en los últimos 12 meses:

2. Uso de drogas inyectables  
¿Ha compartido jeringas?  Sí  No

3. Drogas para intensificar actividad sexual (Chemsex)

4. Realiza trabajo sexual

5. Usuario de trabajador (a) sexual

6. Persona privada de libertad

7. Población móvil

8. Receptor de hemoderivados y órganos

9. Contacto sexual de persona VIH(+)

10. Tatuajes

11. Práctica sexual sin condón o manta de látex

12. Diagnosticada, tratada o síntomas de ITS

13. Diagnosticada, tratada o síntomas de Tb

14. Tipo de pareja sexual

Estable  Casual  Múltiples parejas

15. Tipo de exposición al VIH

Accidente laboral  Violación sexual  Prácticas sexuales de riesgo

16. ¿Ha tenido relaciones sexo-coitales con?

Mujeres  Otros  Hombres alta prevalencia

Hombres  No contesta  Hombres muy alta prevalencia

17. ¿Ha tenido relaciones sexo-coitales a cambio de?

Dinero  Gratificaciones  Ambos

No  No contesta

**VI. Consejería**

Se brindó consejería pre prueba  Sí  No

Consejería para autopueba individual **NO** asistida

**V. Población meta**

1. Adolescentes

2. Hombres de alta prevalencia

3. Trabajador (a) del sexo (TS)

4. Embarazada

5. Población móvil

6. Persona privada de libertad

7. Hombres de muy alta prevalencia

8. Población general

**VII. Prevención**

Entrega de paquete de prevención  Sí  No

Ley de prevención y control de la infección provocada por el Virus de Inmunodeficiencia Humana Decreto. 562. Título III, Capítulo III. Vigilancia epidemiológica Art. 30.

**ORDEN DE SOLICITUD DE EXAMEN**

Establecimiento: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

1º Nombre: \_\_\_\_\_ 1º Apellido: \_\_\_\_\_ DUI: \_\_\_\_\_

2º Nombre: \_\_\_\_\_ 2º Apellido: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

3º Nombre: \_\_\_\_\_ Apellido de casada: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Conocido/a por (DUI): \_\_\_\_\_ Correo: \_\_\_\_\_

N.º expediente o N.º de afiliación: \_\_\_\_\_

Nombre de responsable de indicar prueba

Firma y Sello

**B. Exámenes que fundamentan el diagnóstico - Exclusivo para uso de laboratorio clínico****Prueba A1**

Establecimiento / Laboratorio que realiza la prueba: \_\_\_\_\_ Sello: \_\_\_\_\_

Fecha de toma de muestra: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Fecha de realización: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Fecha de emisión de resultado: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

- Prueba rápida, nombre del set: \_\_\_\_\_  Reactivo pendiente de confirmar  No reactivo a la fecha
- Elisa nombre del set: \_\_\_\_\_ Lectura \_\_\_\_\_  Reactivo pendiente de confirmar  Indeterminado pendiente de confirmar
- Donantes continuar algoritmo con Carga Viral (A4)

**EXCLUSIVO LABORATORIO DE CONFIRMACIÓN**

- Infección VIH:  1. Positiva  2. Negativa  3. No concluyente

\_\_\_\_\_  
Profesional de laboratorio JVPLC (Firma y sello):**C. Autoprueba individual de VIH asistida — Uso exclusivo para personal que asiste la autoprueba****Datos de observación autoprueba individual de VIH asistida.**

Establecimiento que asiste autoprueba: \_\_\_\_\_ Sello: \_\_\_\_\_

Fecha de realización: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

- Prueba rápida, nombre del set: \_\_\_\_\_  Reactivo pendiente de confirmar\*  
 No reactivo a la fecha\*\*

\* En autoprueba reactiva, tomar muestra venosa: Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\*\* Enviar FVIH-01 directamente a digitación al SUMEVE.

El resultado NO es responsabilidad de la persona que asiste la prueba. NO esta sujeto a entrega de resultados al usuario.

\_\_\_\_\_  
Observador del resultado (Firma y sello):**D. Pruebas confirmatorias — Uso exclusivo de laboratorio clínico**

Establecimiento / Laboratorio que realiza la prueba: \_\_\_\_\_ Sello: \_\_\_\_\_

Fecha de toma de muestra: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Fecha de realización: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Fecha de emisión de resultado: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Primera confirmación, Prueba A2**Prueba rápida, nombre del set: \_\_\_\_\_  Reactivo  No reactivo**Segunda confirmación, Prueba A3**Prueba rápida, nombre del set: \_\_\_\_\_  Reactivo  No reactivo**Estatus serológico prueba A2 y/o A3, Infección VIH:**

1. Positiva  2. Negativa  3. No concluyente (Tomar carga viral)

\_\_\_\_\_  
Profesional de laboratorio JVPLC (Firma y sello):**Tercera confirmación, Prueba A4** (A todo resultado no concluyente realizar carga viral según algoritmo diagnóstico y estrategia vigente)

Establecimiento / Laboratorio que realiza la prueba: \_\_\_\_\_ Sello: \_\_\_\_\_

Fecha de toma de muestra: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Fecha de recepción: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Fecha de emisión de resultado: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Hora de toma de muestra: \_\_\_\_\_ Tipo de muestra:  Plasma  EDTA  Muestra seca en papel filtro (Dried Blood Spot. DBS)(Exclusivo muestra de plasma)  PPT

N.º de registro: \_\_\_\_\_

**Resultado de prueba:**

Carga viral para VIH, nombre del set: \_\_\_\_\_

- Detectable \_\_\_\_\_ copias/ml muestra **Estatus Final:**  1. Positiva  2. Negativa
- Indetectable

\_\_\_\_\_  
Profesional de laboratorio JVPLC (Firma y sello):**Exámenes que fundamentan el diagnóstico**

Establecimiento / Laboratorio que realiza la prueba: \_\_\_\_\_ Sello: \_\_\_\_\_

Fecha de toma de muestra: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Fecha de realización: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Fecha de emisión de resultado: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

- Prueba rápida, nombre del set: \_\_\_\_\_  Reactivo pendiente de confirmar  No reactivo a la fecha
- Elisa, nombre del set: \_\_\_\_\_ Lectura \_\_\_\_\_  Reactivo pendiente de confirmar  Indeterminado pendiente de confirmar

**EXCLUSIVO LABORATORIO DE CONFIRMACIÓN**

- Infección VIH:  1. Positiva  2. Negativa  3. No concluyente

\_\_\_\_\_  
Profesional de laboratorio JVPLC (Firma y sello):