

FECHA:

DD	MM	AAAA
----	----	------

HORA:

HH	MM
----	----

Yo _____ identificado(a) con documento de identidad _____, hago la siguiente declaración:

Por medio del presente documento, de forma libre, en pleno uso de mis facultades mentales, y sin limitaciones e impedimentos de carácter médico - legal, habiendo recibido información por parte del médico tratante de HEALTH & LIFE IPS; acepto voluntariamente el registro fotográfico y/o audiovisual que me fue solicitado para fines únicamente de manejo de IPS a EPS protegiendo los datos personales de acuerdo a la normatividad legal vigente regulada por la ley 1581 de 2012.

CALIDAD EN LA QUE SE OTORGA ESTA AUTORIZACIÓN:

Como paciente: SI _____ NO _____

Como responsable del paciente (padre, madre, cónyuge, representante legal, familiar, cuidador u otra persona que figure como tal en la historia clínica) SI _____ NO _____

Fecha De Notificación: _____

Firma Del Paciente o Responsable del mismo: _____

Como profesional de Salud certifico que he explicado y contestado todas las dudas y preguntas. Considero que el (la) paciente o responsable comprenden lo que he explicado completamente.

Otras Consideraciones:

Nombre del Médico tratante: _____

DI o RM _____

De _____