

Fecha: _____

Nombre del Paciente: _____ N° Identificación: _____

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.

Firma: _____
Nombre de Paciente: _____
Documento: _____

Firma: _____
Parentesco: _____
Nombre de cuidador/responsable: _____
Documento: _____

Firma: _____
Nombre Profesional: _____
T.P.: _____
Cargo: _____