



Orden Servicio No.: _____

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo _____ identificado(a) con CC__ CE__ PA__ PE__ PT__ RC__ TI__
No. _____ certifico que he sido informado(a) acerca de la naturaleza, propósito, beneficios, limitaciones y riesgos de los exámenes ocupacionales en la modalidad de Telesalud. Entiendo que la realización de los exámenes es voluntaria, y manifiesto que tuve la oportunidad de rechazar mi consentimiento antes de que fueran realizados.

Aquí declaro que autorizo a los profesionales de **HEALTH CARE IPS S.A.S** (IPS) a realizar en mí, los siguientes exámenes: _____

.

Una vez realizados los exámenes autorizo a la IPS para que envíe a la empresa contratante de estos servicios, el CERTIFICADO MÉDICO OCUPACIONAL resultante de este proceso y para que informe al Médico de Salud Ocupacional de la Empresa (cuando la empresa cuente con el profesional) sobre las condiciones de mi estado de salud, y le remita copia de mi historia clínica ocupacional para que dé cumplimiento a los Programa de Medicina Preventiva y del Trabajo de conformidad con lo establecido en la Resolución 2346 de 2007 y Resolución 1918 de 2009 del Ministerio de la Protección Social.

Expresamente manifiesto que entiendo que mis datos personales suministrados serán objeto de Tratamiento por parte de la IPS, en los términos de la Ley 1581 de 2012. Así mismo, entiendo que mis datos personales, registros fotográficos y registro de firma, quedarán asociados exclusivamente a mi historia clínica ocupacional No. _____.

Manifiesto que los datos suministrados son ciertos y que no he omitido ni alterado información alguna. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior, y que en pleno uso de mis facultades físicas y mentales expreso mi consentimiento.

Adicionalmente, teniendo en cuenta que mi valoración fue realizada bajo la modalidad de Telesalud, confirmo que no me fue posible registrar mi firma en la historia clínica diligenciada por la IPS, por lo tanto, envío el presente documento como soporte al proceso realizado en _____ el día ____ de _____ de _____.

Firma

Firma Digitalizada

Nombres y apellidos: _____

No. Identificación: _____