

IPS: HSEQ S.A.S
NIT: 800.000.000-1
Licencia SST: 123.456.786-9



CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo _____ identificado(a) con CC ____ CE ____ PA ____ PE ____ RC ____ TI ____ No. _____ certifico que he sido informado(a) acerca de los objetivos, beneficios y riesgos de las valoraciones de salud a la que seré sometido(a). Tengo claro que el procedimiento que me realicen me permitirá conocer mi estado de salud, y que los resultados permiten que el/los profesionales de **HSEQ S.A.S** (IPS) me brinden recomendaciones para mantenerme saludable..

Entiendo que, para el desarrollo del o los exámenes a realizar seré interrogado(a) y examinado(a) por el/los profesional(es) de salud. Igualmente fui informado(a) que, en el caso de requerir pruebas de sangre, se me realizará la extracción de la muestra por venopunción y me explicaron explícitamente que en el procedimiento puedo sentir dolor y que la inserción de la aguja puede causar un pequeño hematoma (morado) que mejora espontáneamente en siguientes días. Que puedo presentar un sangrado más prolongado de lo esperado, especialmente si me encuentro tomando anticoagulantes como aspirina, pero se puede controlar fácilmente haciendo presión suave en el sitio de punción con un algodón seco por 2 a 5 minutos. También comprendo que, a pesar de las medidas de bioseguridad para evitar el contagio de COVID-19 que toma la IPS, actualmente existe un riesgo de contagio del virus en cualquier lugar público.

Manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior, y que en pleno uso de mis facultades físicas y mentales expreso mi consentimiento y autorizo a los profesionales de la IPS a realizar en mí, los siguientes exámenes:

Entiendo que la realización de los exámenes solicitados es voluntaria, y manifiesto que tuve la oportunidad de rechazar mi consentimiento antes de que fueran realizados. Igualmente me comprometo a no omitir o alterar información acerca de mi estado de salud.

Cuando mi evaluación médica haga parte de un proceso laboral, autorizo a la IPS para que envíe a la empresa contratante, el Certificado Médico Ocupacional resultante de este proceso. Si la empresa cuenta con Médico de Salud Ocupacional, autorizo que la IPS informe al profesional sobre las condiciones de mi estado de salud, y le remita copia de mi historia clínica ocupacional para que dé cumplimiento a los Programas de Medicina Preventiva y del Trabajo según lo establecido en la normatividad vigente.

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.

Para constancia se firma en: _____ el día _____ del mes _____ del año _____

Firma del paciente:

Nombres & Apellidos:

No. de Identificación:

Certifico que la firma digital de este documento fue registrada por mí, y autorizo a **HSEQ S.A.S** para que esta sea usada en cada uno de los exámenes mencionados en la parte superior de este consentimiento.



sashseq@gmail.com



Telefonos

6023594949 - 3044312755



Dirección

Carrera 80 # 38 - 17