

REVISIONES Y ACTUALIZACIONES						
TIPO		FECHA	VERSION	DESCRIPCIÓN	ELABORADO POR	APROBÓ
ACTUALIZACION	REVISION					
X		18-12-2015	2	Se cambia estructura del encabezado	Daniel Correa Rojas Gestor Sistemas de Información	Martha Calderon Gestora del riesgo
	X	07/03/2016	2	Se actualiza el logo, respecto a condiciones de usos	Martha Calderón Gestora Del Riesgo	Mario Chaves Gerente

_____ , _____

Señores:
EXFOR S.A

Tel. _____

Yo _____, identificado con cédula de ciudadanía No. _____ de _____, mayor de edad, con domicilio en la Ciudad de _____, dirección _____, Teléfono _____, en pleno uso de mis facultades físicas y mentales declaro que conozco y comprendo mi derecho a la intimidad consagrado en el Artículo 15º de la constitución Colombiana, la obligación ética de la reserva médica de acuerdo a la Ley 23 de 1981, mis derechos como paciente de acuerdo a la resolución 13437 de 1991 y la confidencialidad de mi historia clínica de acuerdo a la Resolución 1995 de 1999, que he sido informado plenamente de la naturaleza, propósito, objetivos, beneficios y riesgos de la revisión de mi historia clínica y los documentos necesarios y que esta revisión de mi información médica personal será utilizada única y exclusivamente para fines de soporte técnico de las determinaciones médico legales que sobre mí se tomen.

Por las razones anteriormente expuestas, de manera libre y autónoma consiento y autorizo a:

_____ ,

para revisar ampliamente mi historia clínica y los documentos pertinentes y a extraer la información médica necesaria para analizar mi caso completamente, quien a su vez será el garante y responsable de la confidencialidad de mi información y su adecuado archivo.

Para constancia se firman dos copias del presente documento a los ____ días del mes de _____ del año 201____.

Paciente Autorizador:

Firma: _____

Nombre: _____

Cédula: _____

Representante de la Empresa:

Firma: _____

Nombre: _____

Cédula: _____

Representante de la Empresa:

Firma: _____

Nombre: _____

Cédula: _____

Médico Laboral / Salud Ocupacional

Firma: _____

Nombre: _____

Cédula y Registro Médico: _____

Testigo:

Firma: _____

Nombre: _____

Cédula: _____