

REVISIONES Y ACTUALIZACIONES						
TIPO		FECHA	VERSION	DESCRIPCIÓN	ELABORADO POR	APROBÓ
ACTUALIZACION	REVISION					
x		18/12/2015	02	Se cambia estructura del encabezado	Daniel Correa Rojas <b>Gestor Sistemas de Información</b>	Martha Calderón <b>Gestora del riesgo</b>
	x	07/03/2016	02	Se actualiza el logo, respecto a condiciones de usos	Martha Calderón <b>Gestora Del Riesgo</b>	Mario Chaves <b>Gerente</b>
x		16/08/2016	03	Se actualiza el logo. Se revisa el documento, el cual no requiere actualización de contenido en el momento	Victoria Chaves <b>Gestora Sistemas de Información</b>	Mario Andrés Chaves <b>Gerente</b>

\_\_\_\_\_ , \_\_\_\_\_

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: \_\_\_\_\_