|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Fecha:** |  |  | **Nombre Trabajador** |  |
|  | |  | **Cedula Ciudadania No.** |  |

**AUTORIZACIÓN CUSTODIA Y CONSULTA**

**DE HISTORIA MÉDICA LABORAL**

Yo,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_identificado con la cédula de ciudadanía arriba incluida, autorizo al Doctor de **SYSTEM INTEGRAL GROUP, SIG LTDA**, Cuyos datos se mencionan a continuación, para que realice los examenes ocupacionales, custodie y consulte mi historia medico laboral y sus anexos durante mi permanencia en esta Compañía.

|  |  |
| --- | --- |
| **MÉDICO ASESOR** |  |
| **C.C.** |  |
| **REGISTRO MÉDICO** |  |
| **LICENCIA EN SALUD OCUPACIONAL** |  |

Dejo constancia que he recibido la inducción necesaria sobre la custodia y confidencialidad de mis resultados y documentos contenidos en la historia por lo que a continuación firmo:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| **Nombre del empleado** |  | **Firma del empleado** |
|  |  |  |
|  |  |  |
| **Firmado en fecha** |  |  |
|  |  |  |