**SISTEMA DE GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO**

**RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA**

**CONSENTIMIENTO HISTORIA CLÍNICA**

Yo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_identificado con No. de cédula \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, actualmente en el cargo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ en el área/dependencia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_en mi condición de trabajador de **razón social de la empresa**,certifico que todo lo registrado en esta historia es verídico y que no he omitido información relacionada con mi estado o antecedentes de salud. Acepto los resultados y conceptos médicos, los cuales podrán ser utilizados en caso necesario para cualquier certificado de la empresa y a solicitud de las autoridades judiciales y demás personas determinadas por la Ley. En todo caso, autorizo expresamente a cualquier entidad competente para que verifique, si es necesario, la información suministrada por mí.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Nombre médico Nombre del trabajador

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Firma médico Firma del trabajador

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 No. cédula médico No. cédula del trabajador

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Registro médico No.

**\***Este documento es estrictamente confidencial y de reserva profesional, no puede comunicarse o darse a conocer, salvo en los siguientes casos: Cuando medie mandato judicial; por autorización expresa, escrita y con firma del trabajador interesado; y por solicitud de las autoridades competentes de previsión y seguridad social. Ministerio de Protección, Resolución 6398 de 1991, artículo 2°.