Bogotá, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_

Señores:

**GG Bienestar y SST**

**PROCURADURÍA GENERAL DE LA NACIÓN**

Bogotá, D.C.

**REF: CONSENTIMIENTO INFORMADO, ACUERDO DE CONFIDENCIALIDAD Y AUTORIZACIÓN PARA REVISIÓN DE HISTORIA CLÍNICA Y DOCUMENTOS MÉDICOS.**

Yo identificado (a) con cédula de ciudadanía No. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_de la ciudad de: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ mayor de edad, con domicilio en la dirección: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, en la ciudad de: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Teléfono: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, en pleno uso de mis facultades físicas y mentales declaro:

“Que conozco y comprendo mi derecho a la intimidad consagrado en el artículo 15 de la Constitución Colombiana, la obligación ética de la reserva médica de acuerdo con la Ley 23 de 1981, artículos 34 al 45, mis derechos como paciente de acuerdo con la Resolución 13437 de 1991 y la confidencialidad de mi historia clínica de acuerdo con la Resolución 1995 de 1999, el manejo de las historias clínicas ocupacionales de la Resolución 2346 de 2007 y la Resolución 1918 de 2009.

Que he sido informado plenamente del 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 valoraciones médico-laborales que sobre mí se tomen en el desarrollo de las actividades de los programas de vigilancia epidemiológica, de promoción y prevención de la salud y medicina preventiva y del trabajo.

De acuerdo con lo anterior, de manera libre y autónoma autorizo al Grupo de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo de la División de Gestión Humana de la Procuraduría General de la Nación, a acceder, revisar, copiar, trasladar mi Historia Clínica y los documentos pertinentes y a compendiar la información médica necesaria para analizar mi caso completamente para fines preventivos y correctivos, programas de vigilancia epidemiológica y mesas médico-laborales.

Para constancia se firman dos copias del presente documento a los \_\_\_\_\_\_\_ días del mes \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_del año \_\_\_\_\_\_\_, una para mí y otra para Seguridad y Salud en el Trabajo.

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

Firma:

Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Cédula: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dependencia: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_