

**Autorización de acceso a historia clínica para casos de
seguimiento laboral, reintegro laboral, trámite de
incapacidades**



Yo, _____ identificado (a) con documento de identidad numero _____ y en desarrollo del artículo 34 de la ley 23 de 1981 y de la resolución 1995 de 1999 expedida por el Ministerio de Salud, autorizo expresamente a la Universidad de Ibagué, a la cual estoy vinculado, para tener acceso a mi historia clínica y a todos aquellos datos que en ella se registran o lleguen a ser registrados, tanto por conocimiento directo, como por fotocopia parcial o total del documento.

De igual manera, autorizo el registro fotográfico o fílmico de ser requerido de las condiciones del puesto de trabajo y la forma de realizar la labor asignada.

Autorizo en caso necesario, hacer entrega de los anteriores documentos (copia de historia clínica, registros fotográficos y fílmicos), a aquellas entidades que puedan definir controversias en relación con la profesionalidad del evento o sus secuelas y al porcentaje de pérdida de capacidad laboral generada por las mismas, (Juntas de Calificación, Autoridades Judiciales, EPS, entre otras).

Certifico que he comprendido el propósito de la entrega de los documentos. Entiendo que la realización de esta es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que sea realizada.

Fui informado de las medidas que tomaran para proteger la confidencialidad de mis resultados.

FIRMA DEL TRABAJADOR: _____

NOMBRE DEL TRABAJADOR: _____

CC. O HUELLA: _____

FIRMA DEL TESTIGO: _____

NOMBRE DEL TESTIGO: _____

CC. O HUELLA: _____

RELACIÓN CON EL TRABAJADOR: _____