



**CONSENTIMIENTO PARA ACCESO A LA HISTORIA CLÍNICA
 HISTORIA LABORAL Y TRATAMIENTO DE DATOS**

Fecha / /

Tipo _____ No. Documento _____

Nombre (s) _____ Apellido (s) _____

Dirección _____ Ciudad _____ Dpto. _____

Teléfono _____ Celular _____ Correo _____

Teniendo en cuenta lo previsto en el artículo 34 de la Ley 23 de 1981 y el Decreto 3380 de 1981, y demás normas aplicables, autorizó de forma expresa, consciente y permanente a COLSANITAS SEGUROS SA y a la ADMINSTRADORA DE RIESGOS LABORALES COLSANITAS, para que solicite, tenga acceso y pueda revisar mi historia clínica emitida por cualquier Institución Prestadora de Servicios de Salud, Empresa Social del Estado, Centro Hospitalario de urgencias, EPS, así como por cualquier médico que haya diligenciado mi historia clínica y anexos, tales como ayudas diagnósticas, resultados de exámenes de laboratorio, registros fotográficos y fílmicos.

Así mismo, autorizo a las IPS a que permitan el acceso y suministren copia de mi historia clínica a la Administradora de Riesgos Laborales de la Compañía de Seguros Colsanitas, en el evento en que ésta ARL la requiera. De igual manera, autorizo el acceso a la historia médica ocupacional, el registro fotográfico o fílmico del estado en que se encuentra el cuadro orgánico y funcional que me aqueja, posterior al accidente o enfermedad, con el objetivo de evidenciar mejoría o deterioro, sirviendo esto de base para la toma de conductas médicas y jurídicas a que dé lugar, así como autorizo también el registro fotográfico, o fílmico de las condiciones del puesto de trabajo y la forma de realizar la labor asignada.

Estas autorizaciones se imparten para que la Administradora de Riesgos Profesionales de la Compañía de Seguros Colsanitas, pueda realizar los procesos de auditoría médica, seguimiento, calificación de origen y de pérdida de capacidad laboral ajustada a la realidad del cuadro clínico presentado por el trabajador, recobros a las Entidades Promotoras de Salud, aseguradoras y se aporte como prueba de procesos judiciales entre otros.

De conformidad con lo dispuesto en la normatividad vigente sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1074 de 2015, autorizo libre, expresa e inequívocamente a la ARL Colsanitas Seguros S.A. que realice la recolección y tratamiento de mis datos personales que suministro de manera veraz y completa, los cuales serán utilizados para los diferentes aspectos relacionados con mis diagnósticos reconocidos y/o en estudio.

 Firma del trabajador

 Firma del representante del trabajador
 que no pueda firmar