Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombres y apellidos del trabajador: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Número de documento de identidad \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**AUTORIZACIÓN**

Yo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, identificado como aparece al pie de mi firma, actuando de forma libre y voluntaria, sin presiones de ninguna índole, **Autorizo** expresamente a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), profesionales de la salud y demás entidades consultadas por mí, así como a las aseguradoras que hubiesen cubierto mis atenciones en salud, para que suministren copia de mi Historia Clínica y/o datos clínicos, así como cualquier información referida a los datos que en ella se registren o lleguen a registrarse, a mi empleador para su conocimiento, con la finalidad o propósito de gestionar de forma adecuada la exposición a los riesgos que puedan afectar mi salud, bienestar y calidad de vida o determinar las condiciones que puedan afectar mi desempeño.

De igual forma **Autorizo** a que la empresa realice mesas laborales con delegados de mi EPS y/o ARL, donde puedan tratar temas sobre mi estado de salud, en busca de resolver de forma conjunta situaciones que puedan afectar mi bienestar.

**Autorizo** también que la empresa pueda compartir mi información de salud con mi familia, para así generar estrategias de intervención con ellos, en busca de mejorar mis condiciones de bienestar a través de la red de apoyo familiar.

Entiendo que la historia clínica tiene el carácter de confidencial y contiene datos sensibles, pues en ella se describe detalladamente mi estado de salud, por lo cual sólo puede ser conocida por terceros con mi autorización, o en los casos fijados en el ordenamiento jurídico. Igualmente entiendo que puedo revocar esta autorización total o parcialmente en cualquier momento.

Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Cédula \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**NO AUTORIZACIÓN**

Yo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, identificado como aparece al pie de mi firma, actuando de forma libre y voluntaria, sin presiones de ninguna índole y teniendo en cuenta lo anterior, declaro que he decidido **no autorizar** la entrega de mi historia clínica a mi empleador.

Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Cédula \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Elaboró** | **Revisó** | **Aprobó** | **Fecha de vigencia** |
| Líder de Seguridad y Salud en el Trabajo  ARL SURA | Dirección de Aseguramiento de la Calidad  Líder SIG | Consejo de Rectoría | Agosto del 2021 |

**CONTROL DE CAMBIOS**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **FECHA** | **VERSIÓN** | **ÍTEM** | **MODIFICACIÓN** |
| Agosto 2022 | 2 | Encabezado | Se cambia el encabezado y control de cambios del procedimiento según los lineamientos del SIG |