



CONSENTIMIENTO INFORMADO EVALUACIONES DE SALUD

Yo _____ Cédula de Identidad _____, autorizo se me realice un control de salud y toma de exámenes para establecer mi condición de salud para trabajar en labores relacionadas con _____, y poder detectar si presento manifestaciones de alguna enfermedad profesional relacionada con mi trabajo.

Por lo anterior autorizo la realización de los siguientes exámenes

Los resultados de los exámenes solo podrán ser entregados a mi persona o a un tercero expresamente autorizado para ello.

El Instituto deberá tratar la información, materia de estos exámenes conforme a lo establecido por la legislación vigente, en especial la normativa contenida en la Ley N° 19.628, sobre Protección de la Vida Privada, normas del Código Sanitario y demás que regulan la materia.

En la región de _____ a _____ de _____ del 20____

FIRMA DEL TRABAJADOR(A)