Fecha: ____/____/_____

Yo _____, identificado con (CC) (CE) número _____, en calidad de paciente, autorizo a CIFEL Centro de Investigación en Fisiatría y Electrodiagnóstico a realizar valoración por medicina laboral, la cual acepto voluntariamente y soy consciente de que tiene un objetivo relacionado a la valoración de mis antecedentes laborales, perfil del cargo y los factores de riesgo a los cuales estoy expuesto, entre otros, autorizo el manejo de la información de mi concepto médico y exámenes médicos para los fines inherentes a Seguridad y Salud en el Trabajo.

Autorización a mi familiar y/o cuidador

Ante la imposibilidad de mi familiar _____ identificado con (CC) (CE) número _____, yo _____ identificado con (CC) (CE) número _____ en mi calidad de cuidador, autorizo a CIFEL Centro Investigación en Fisiatría y Electrodiagnóstico para realizar la valoración arriba mencionado, certificando lo descrito en los párrafos anteriores.

*****Autorizo a CIFEL para el uso y tratamiento de esta información confidencial de acuerdo a la Ley 1581 de 2012, Resolución 1995 de 1999 y Resolución Nº 823 de 23 de Marzo de 2017 Decreto 1377 de 2013**.***

_____	_____
Firma del paciente o responsable Nombre: CC: Teléfono:	Firma Nombre: RM: