

**AUTORIZACIÓN PARA CONOCIMIENTO DE HISTORIA CLÍNICA
Y PARA SEGUIMIENTO DE EVOLUCIÓN DEL CUADRO CLÍNICO
SECUNDARIO A ACCIDENTE DE TRABAJO O ENFERMEDAD PROFESIONAL**

Yo, _____ identificado con documento de identidad número _____ y en desarrollo del Artículo 34 de la Ley 23 de 1981, autorizo expresamente a ARP SURA S.A., Administradora de Riesgos Profesionales, a la cual estoy afiliado o estuve afiliado a través de la Empresa _____, 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 del estado de la evolución del cuadro orgánico y funcional posterior al accidente con el objetivo de evidenciar su mejoría o deterioro, sirviendo esto de base para la toma de conductas médicas y jurídicas a que dé lugar. De ser requerido, autorizo también el registro fotográfico o fílmico de las condiciones del puesto de trabajo y la forma de realizar la labor asignada.

Autorizo en caso necesario, a 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 generadas por las mismas. (Juntas de Calificación, Autoridades Judiciales).

Firma: _____ CC. _____

Lugar y fecha: _____