

## AUTORIZACIÓN PARA CONSENTIMIENTO DE HISTORIA CLÍNICA Y PARA SEGUIMIENTO DE EVOLUCIÓN DE CONDICIÓN DE SALUD DE ACCIDENTE LABORAL O ENFERMEDADES COMÚN Y LABORAL

Yo, \_\_\_\_\_ identificado con número de cédula \_\_\_\_\_ y en desarrollo del Artículo 34 de la Ley 23 de 1981, autorizo expresamente a ARL SURA, al área de Recursos Humanos y Seguridad y salud en el trabajo de la empresa OPERADORA COLOMBIANA DE CINES SAS, 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, jurídicas y de salud ocupacional 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 para que Seguridad y Salud en el trabajo me genere las recomendaciones laborales necesarias para el desempeño de mi labor.

Autorizo en caso de ser 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 generada por las mismas.(Junta de calificación, Autoridades Judiciales).

Firma: \_\_\_\_\_ C.C. \_\_\_\_\_

Lugar:

Fecha: