



## 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)