

**IND-F-103 AUTORIZACIÓN PARA CONOCIMIENTO DE HISTORIA CLÍNICA
Y PARA SEGUIMIENTO DE EVOLUCIÓN DEL CUADRO CLÍNICO SECUNDARIO A ACCIDENTE DE TRABAJO O ENFERMEDAD LABORAL**

Yo, _____, identificado con documento de identidad número _____, y en desarrollo del Artículo 34 de la Ley 23 de 1981, Resolución 1995 de 1999, y Ley 1581 de 2012, autorizo expresamente Colmena Vida y Riesgos Laborales, 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, así como para realizar pruebas de laboratorio y exámenes paraclínicos requeridos para verificar la evolución de mi estado de salud.

De igual manera, autorizo el registro en medios magnéticos del estado de la evolución del cuadro orgánico y funcional posterior a la contingencia. De ser requerido, autorizo también este registro para la confirmación de las condiciones del puesto de trabajo y la forma de realizar la labor asignada.

Autorizo a Colmena Vida y Riesgos Laborales, en caso de ser necesario, para hacer entrega de los anteriores documentos, a las Entidades que de acuerdo con el artículo 41 de la Ley 100 de 1993 y demás normas complementarias, están facultadas para calificar origen y/o pérdida de capacidad laboral de las contingencias y de las secuelas generadas por las mismas.

Firma: _____ CC. _____

Lugar y fecha: _____