

 INTEGRALES IPS	CONSENTIMIENTO INFORMADO, POLÍTICA PROTECCIÓN DE DATOS Y REPORTE CONDICIONES DE SALUD	IP-FO-55
		REV. 0 - ABR/25 Página 1 de 2

FECHA:	EMPRESA REMITENTE:
CARGO:	TIPO DE EXAMEN OCUPACIONAL:

POLÍTICA DE PROTECCIÓN DE DATOS

INTEGRAL PROFESIONALES EN SALUD IPS SAS (IPS) Se acoge a las disposiciones establecidas en la Ley 1581 de 2012 (Art. 2. Art. 6, Art. 13, Art. 17, Art.18) y su Decreto Reglamentario 1377 de 2013 (Art. 4, Art. 13), los cuales establecen la entrada en vigencia del Régimen General de Protección de Datos Personales desarrollando el derecho constitucional que tienen todas las personas a conocer, actualizar y rectificar todo tipo de información recogida o que haya sido objeto de tratamiento de datos personales en bancos o bases de datos de entidades públicas y/o privadas. En atención a estas disposiciones, Integral Profesionales en Salud IPS SAS. identificada con NIT 901.495.031-0 y con sede principal en el kilómetro 1.5 vía Chía-Cajicá Ed Conex Consultorio 508 del municipio de Chía, Colombia mail info@integralesips.com es responsable del tratamiento de los datos personales recolectados con ocasión de la prestación de sus servicios en Seguridad y Salud en el Trabajo, por lo tanto, da a conocer a sus clientes y usuarios la importancia que tiene el proceso de protección y resguardo de la información, dando cumplimiento a las disposiciones legales vigentes y garantizando la confidencialidad de la información registrada en la historia clínica general, ocupacional y sus anexos correspondientes. Además, Integral Profesionales en Salud IPS SAS en desarrollo de su objeto social, consistente en la prestación de servicios de Medicina General y Seguridad y Salud en el Trabajo, informa que da estricto cumplimiento a las disposiciones de la Resolución 1995 de 1999 del Ministerio de Salud, Resolución 2346 de 2007 y Resolución 1918 de 2009 del Ministerio de Protección Social y demás normas relacionadas. Por tratarse de datos sensibles, Integral Profesionales en Salud IPS SAS. no realiza el tratamiento de estos datos para fines diferentes a lo establecido por la legislación vigente. Ratificando la disposición de que únicamente puede ser conocido por terceros previa autorización del paciente o en los casos previstos por la ley. Además, se confirma la veracidad de la información contenida en las historias clínicas respaldándose por las firmas del médico y profesionales de salud que realiza las evaluaciones, junto con la firma del paciente examinado.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo _____ identificado con D.I. N° _____ en calidad de paciente previamente informado (a) de forma libre y voluntaria acepto suministrar mi información personal y de salud completa y verídica, las cuales podrán utilizar para fines estrictamente relacionados en materia de Seguridad y Salud en el Trabajo, y además ser incorporadas en la base de datos de Integral Profesionales en Salud IPS SAS, para la recolección, almacenamiento y procesamiento de mis datos. Certifico que he sido informado de la **finalidad, beneficios** del examen, de los posibles **riesgos** que se puedan presentar durante su realización, **alternativas e implicaciones del acto asistencial**. Entiendo que la realización de los mismos es voluntaria, que no existen alternativas a los exámenes solicitados dentro de los servicios ofrecidos por la IPS, que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento y la no aceptación implica el desistimiento del proceso de atención. Se me informó también que este documento es estrictamente confidencial y de reserva profesional, que solo podrá darse a conocer a las personas o entidades previstas en la legislación vigente y que puedo obtener copia de las valoraciones realizadas en el momento que lo requiera. Autorizo que se compartan mis resultados con el médico laboral, así como el uso de mi información para fines preventivos e investigativos y que podrán hacer parte de artículos de investigación para el aporte en el conocimiento general en salud. De igual manera, acepto todas las responsabilidades como paciente, independientemente de los resultados que arrojen mis exámenes. Autorizo y consiento la captura y fijación de mi imagen personal a través de la toma de fotografías, audio, video, de conformidad con la Ley 23 de 1982, Ley 44 de 1993 y demás disposiciones que regulan la materia. También autorizo la captura de mi firma y huella para uso en el concepto e historia clínica y paraclínicos, a través de medios tecnológicos disponibles; sea en el momento previo a la consulta clínica o médica de la cual soy paciente o acompañante durante o posterior a la misma o en otro ámbito institucional; realizada por profesionales pertenecientes a Integral Profesionales en Salud IPS SAS o por quien sea delegado por ella.

RIESGOS

Durante la estadía en la IPS usted puede estar expuesto a los siguientes riesgos: Identificación del paciente, Caída del paciente, Alergias, Infecciones, Fallas en la comunicación entre el usuario/paciente y el profesional de la salud o Pérdida de pertenencias. Para estos riesgos la organización ha tomado medidas para evitar y/o prevenir su ocurrencia.

Por lo anterior SI ☐ NO ☐ autorizo sean realizados los siguientes exámenes, por profesionales pertenecientes a Integral Profesionales en Salud IPS SAS o por quien sea delegado por ella. Señale con una X

EXAMEN	BENEFICIOS
Examen médico ocupacional	Conocer el estado de salud físico para desempeñar actividades laborales
Audiometría / Evaluación Voz	Conocer el estado de la audición
Optometría / Visiometría	Conocer el estado de la salud visual
Espirometría	Conocer el estado de salud de la función pulmonar
Osteomuscular	Conocer el estado de salud de los músculos y prevención de lesiones
Laboratorio Clínico	Conocer el estado de salud
Medicina general	Conocer el estado de salud general y prevenir enfermedades
Otros _____	Detección específica del estado de salud

Huella Índice derecho

Firma Paciente:

Tipo: CC ☐ CE ☐ PS ☐ PPT ☐ PEP ☐ Número de documento: