

SISTEMA DE GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO DE EXÁMENES OCUPACIONALES

Fecha: _____ EPS: _____
Yo, _____ Identificado(a) con C.C No _____
CARGO: _____

Certifico que he sido informado(a) a cerca de la naturaleza y propósito de los exámenes Médicos Ocupacionales y paraclínicos que la Universidad del Quindío me ha solicitado acorde a la normatividad legal vigente, en especial la resolución 2346 de 2007

Examen Médico Ocupacional	☐	Audiometría	☐	Psicología	☐	Visiometría	☐	Pruebas de Laboratorio	☐
Optometría	☐	Alcoholimetría	☐	Drogas de Abuso	☐	Espirometría	☐	Valoración Deportiva	☐

Otros: _____

Autorizo a la Universidad Quindío para el tratamiento de la información acorde a normatividad legal vigente

Firma del Trabajador _____ C.C. _____

No asentimiento: Declaro de forma voluntaria y con pleno conocimiento de los riesgos que asumo, he decidido no aceptar su realización haciéndome responsable de las consecuencias que puedan derivar de esta decisión, después de ser informado del componente del programa de salud Ocupacional de la empresa

Firma del Trabajador _____ C.C. _____

SISTEMA DE GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO DE EXÁMENES OCUPACIONALES

Fecha: _____ EPS: _____
Yo, _____ Identificado(a) con C.C No _____
CARGO: _____

Certifico que he sido informado(a) a cerca de la naturaleza y propósito de los exámenes Médicos Ocupacionales y paraclínicos que la Universidad del Quindío me ha solicitado acorde a la normatividad legal vigente, en especial la resolución 2346 de 2007

Examen Médico Ocupacional	☐	Audiometría	☐	Psicología	☐	Visiometría	☐	Pruebas de Laboratorio	☐
Optometría	☐	Alcoholimetría	☐	Drogas de Abuso	☐	Espirometría	☐	Valoración Deportiva	☐

Otros: _____

Autorizo a la Universidad Quindío para el tratamiento de la información acorde a normatividad legal vigente

Firma del Trabajador _____ C.C. _____

No asentimiento: Declaro de forma voluntaria y con pleno conocimiento de los riesgos que asumo, he decidido no aceptar su realización haciéndome responsable de las consecuencias que puedan derivar de esta decisión, después de ser informado del componente del programa de salud Ocupacional de la empresa

Firma del Trabajador _____ C.C. _____