	PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD	PSS-FO-024
		Versión: 01
	CONSTANCIA DE ENTREGA DE RESULTADOS DE EXÁMENES MÉDICOS OCUPACIONALES	Página 1 de 1
		Fecha: 23/09/2025

Yo, _____ identificado(a) con CC / CE / PPT / TI Número _____, en calidad de paciente/usuario, declaro que he sido informado (a) de manera clara y comprensible sobre la naturaleza y el propósito de los exámenes:

1. He asistido y finalizado de manera completa el proceso de valoración médica ocupacional, incluyendo los exámenes, evaluaciones y pruebas paraclínicas programadas conforme a los requerimientos de mi empleador o solicitante del servicio, brindando información clara, oportuna, completa, veraz y actualizada durante el proceso de atención, con la finalidad de garantizar una valoración adecuada y segura

2. He recibido información clara, oportuna, veraz suficiente y comprensible sobre:

a) Los procedimientos realizados.

b) Los resultados obtenidos y su interpretación médica.

c) Las recomendaciones terapéuticas y/o restricciones médicas formuladas (aplicadas).

3. Confirmo que he sido informado(a) y manifiesto que acepto, que podré consultar y descargar los resultados de mi concepto de actitud, evaluaciones y pruebas paraclínicas, 72 horas después de la atención, a través del portal web: www.medilaboral.com, por un período de 90 días calendario, contados a partir de la fecha de la atención, dejando constancia escrita de dicha entrega con la firma del presente documento.

4. Entiendo que, para cualquier solicitud adicional de información, deberé realizar una solicitud escrita al correo: info@cimaocupacional.com.co , adjuntando:

a) Copia del documento de identidad del titular.

b) Autorización expresa si la solicitud es realizada por un tercero.

c) Descripción clara del requerimiento.

5. Reconozco que mi información es confidencial, personal, protegida por la ley y que solo podrá ser tratada o divulgada con mi consentimiento expreso, salvo las excepciones previstas en la Ley 1581 de 2012 y demás normas aplicables en protección de datos personales y de la historia clínica, tal como quedó consignado en la autorización suscrita para el tratamiento de datos personales.

Firma del paciente/usuario _____

Fecha _____