CENTRO MÉDICO VITALUZ

BURCAL E.I.R.L

CONSENTIMIENTO INFORMADO, DECLACIÓN JURADA Y AUTORIZACIÓN

FECHA EVALUACIÓN: 27-09-2019 N° HC (DNI): 47096640

PUESTO DEL TRABAJO: Alimentador EMPRESA: Langostinera Invacmar

Yo, Saavedra Bayona Jesus Estrades

Identificado con DNI N° 47096640

declaro haber acudido de forma libre, voluntaria y consciente a **CENTRO MÉDICO VITALUZ BURCAL**, para someterme a Examen Médico **OCUPACIONAL** , para lo cual he sido informado (a) sobre la naturaleza de la atención médica y procedimientos complementarios requeridos, incluyendo los riesgos reales y potenciales; así como los beneficios.

Por lo tanto, después de haber sido absueltas todas mis dudas y preguntas, doy mi consentimiento para que se proceda a realizarme la evaluación médica y los procedimientos que correspondan.

El presente consentimiento se ampara en lo dispuesto en el Artículo 15° de la Ley General de Salud modificado por la Ley N° 29414, LEY QUE ESTABLECE LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS USUARIAS DE LOS SERVICIOS DE SALUD.

FIRMA

Así mismo autorizo al **CENTRO MÉDICO VITALUZ BURCAL**, a entregar información concerniente a mi estado de salud, la que puede incluir copias de las evaluaciones médicas y resultados de exámenes auxiliares realizados, para fines de gestión del médico encargado de la Vigilancia Médica Ocupacional de la Empresa / **LANGOSTINERA INVACMAR EIRL, según** los riesgos presentes en mi puesto de trabajo y cumpliendo el deber de confidencialidad.

FIRMA