

**CONSENTIMIENTO INFORMADO**  
ACCESO Y TRATAMIENTO DE DATOS CLÍNICOS

<b>Localidad</b>		<b>Fecha</b>	
------------------	--	--------------	--

<b>Usuario</b>	
----------------	--

<b>C.I.</b>	
-------------	--

De conformidad con lo establecido por el Artículo 9 de la Ley 18.331 (Protección de Datos Personales) por este acto **presto mi consentimiento autorizando que:**

1. Los datos aportados por mi persona y la documentación clínica aportada voluntariamente queden incorporados en las bases de datos gestionadas por el servicio de Evaluación de Incapacidad del Banco de Previsión Social.
2. Los funcionarios del organismo debidamente autorizados en razón de su especialidad y competencia puedan acceder a los datos clínicos aportados.
3. Los funcionarios técnicos del Banco de Previsión Social debidamente autorizados en razón de su especialidad y competencia (médicos y licenciados en Registros Médicos) puedan a acceder a mi **HISTORIA CLÍNICA ELECTRONICA (Decreto 122/019)**.

En virtud del principio de finalidad establecido en el Artículo 8 de la Ley 18.331 el alcance de mi consentimiento es limitado a los procedimientos administrativos tendientes a la evaluación de incapacidad necesaria a fin de generar o mantener derecho a las prestaciones económicas del Banco de Previsión Social que así lo exigen (Jubilación por imposibilidad física, Subsidio Transitorio por incapacidad parcial, Pensiones por fallecimiento, Pensiones por incapacidad y/o Subsidio por Enfermedad).

El tratamiento de los datos sensibles relativos a mi salud se realizará actuando con la debida reserva y seguridad, asegurándose un grado de protección adecuado de los mismos.

<b>Presto conformidad en calidad de:</b>	<b>TITULAR</b>	<b>APODERADO</b>
	<b>PADRE/MADRE/TUTOR</b>	<b>CURADOR</b>
<b>Teléfono de contacto</b>		

.....  
FIRMA del Representante o Autorizado

.....  
Aclaración de FIRMA

<b>C.I.</b>	
-------------	--