

**CONSENTIMIENTO INFORMADO DE ENTREGA DE RESULTADOS  
EXÁMENES PRE OCUPACIONALES**

**1. IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE**

Nombre: .....Apellidos.....,  
Cargo..... Empresa:.....

**2.- INFORMACIÓN GENERAL.**

He sido informado(a) acerca de la naturaleza y propósito de los exámenes ocupacionales y pruebas complementarias que la empresa solicita y que serán realizadas por Clínica Río Blanco, de acuerdo con la Ley 20.584 y ley 19.628.

Además autorizo expresamente a Clínica Río Blanco, para que informe a la Empresa sobre las condiciones de mi estado de salud, y remita a esta última, copia de la evaluación médica ocupacional (si procede) y/o los exámenes realizados, y además acepto que sean entregados según establece el poder simple de Clínica Río Blanco.

**3. DECLARO**

Autorizo a la realización de los siguientes exámenes: (marque con una X el examen y si acepta o no envíe de este al empleador)

<b>Batería Exámenes que se realizará</b>	<b>Examen solicitado</b>	<b>Acepta sí o no</b>	<b>Batería Exámenes que se realizará</b>	<b>Examen solicitado</b>	<b>Acepta sí o no</b>
Batería Altura Geográfica			Batería Altura física menor de 40 Años		
Batería Altura física Mayor de 40 Años			Batería Altura física+ Altura geográfica		
Batería PEECCA			Batería Sílice		
Conducción			Determinación Alcohol y drogas		
Vacunas			Revalidación exámenes		
Evaluación psicológica completa para PSTR			Batería de propensión al riesgo		
Batería psico senso técnicos+ propensión al riesgo					

**(Se adjunta detalle de batería exámenes)**

**4. CONSIENTO**

En Los Andes .....de..... del 201.....

RUN. .... Firma Paciente.....