

**HOSPITAL**  
**BSE**  
Centro de Asistencia  
y Rehabilitación

## CENTRO DE ASISTENCIA Y REHABILITACIÓN

### CONSENTIMIENTO INFORMADO DE ACCESO A HISTORIA CLÍNICA PARA INFORME TÉCNICO DEL HBSE

De acuerdo a lo establecido en el Decreto N°224/023 en artículos 15 y 16, el Banco de Seguros del Estado (BSE) a través de sus servicios técnicos, calificará la incapacidad temporal para el desempeño laboral a consecuencia de accidente de trabajo o enfermedad profesional de funcionarios públicos, ante solicitud presentada por el organismo donde se desempeña.

Para que esta evaluación sea posible, los técnicos del Hospital del Banco de Seguros del Estado (HBSE) deben tener acceso a los antecedentes médicos del caso, contenidos en su historia clínica.

De acuerdo a lo establecido por el artículo 18 literal d) de la Ley 18.335 "La historia clínica es de propiedad del paciente, será reservada y solo podrán acceder a la misma los responsables de la atención médica y el personal administrativo vinculado con estos, el paciente o en su caso la familia y el Ministerio de Salud Pública cuando lo considere pertinente. También podrá ser solicitada directamente al prestador de salud por el Ministerio Público cuando se trate de la historia clínica de una víctima de un delito cuya investigación tenga bajo su dirección, siempre que recabe previamente el consentimiento de aquella o, en su caso de la familia, y a los solos efectos de la acción penal. El revelar su contenido, sin que fuere necesario para el tratamiento o mediante orden judicial o conforme con lo dispuesto por el artículo 19 de la presente ley, hará pasible del delito previsto en el artículo 302 del Código Penal".

En virtud de lo dispuesto por el artículo 17 de la Ley 18.331 (Ley de Protección de Datos Personales), autorizo el acceso a mi historia clínica al personal técnico del HBSE que participe en la elaboración del informe solicitado por el organismo en el cual me desempeño laboralmente.

Declaro saber que el presente consentimiento puede ser revocado en cualquier momento y que se me ha entregado copia impresa del mismo.

Acepto  No Acepto

Apellidos \_\_\_\_\_

Nombres \_\_\_\_\_

C.I. \_\_\_\_\_

Fecha

Firma del usuario \_\_\_\_\_ Aclaración de firma \_\_\_\_\_



**ACCIDENTE DE TRABAJO (COMPLETAR SI ELIGIÓ ESTA OPCIÓN)**

Fecha del accidente  Hora \_\_\_\_\_

Lugar donde ocurrió el accidente \_\_\_\_\_

Detallar cómo fue que ocurrió el accidente \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Detallar lesiones que se produjeron y partes del cuerpo afectadas \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Atención Médica recibida**

Fecha

Prestador de Salud \_\_\_\_\_

Nombre del supervisor / encargado de vigilar las tareas \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

**Testigos**

1 - Nombre \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

2 - Nombre \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

**PROBABLE ENFERMEDAD PROFESIONAL (COMPLETAR SI ELIGIÓ ESTA OPCIÓN)**

Fecha de inicio del cuadro clínico

**Detallar**

Síntomas \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Diagnóstico \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Exámenes diagnósticos realizados \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Atención médica recibida**

Fecha de inicio de asistencia

Prestador de Salud \_\_\_\_\_

Médico tratante (nombre y teléfono) \_\_\_\_\_



Se adjunta consentimiento informado del funcionario para el cual se solicita el asesoramiento. Tenga en cuenta que sin este consentimiento no se dará trámite a la solicitud

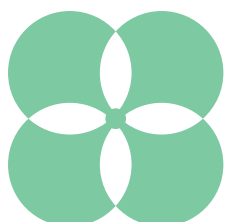
Se adjunta otra documentación (en caso de sí, indique cual)    Sí     NO

---

---

**Por Organismo empleador**

Firma autorizada \_\_\_\_\_ Aclaración \_\_\_\_\_



**HOSPITAL**

**BSE**

**Centro de Asistencia  
y Rehabilitación**