Anexo N° 1

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ENTREGA DE INFORMACIÓN A TERCEROS**

Yo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

RUT\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_-\_\_\_ domiciliado en \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_\_ depto. \_\_\_\_\_\_\_ Comuna de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, **trabajador dependiente del Servicio de Salud Iquique**, declaro que libre y espontáneamente, sin presiones de ninguna naturaleza y encontrándome en el pleno uso de mis facultades mentales, y habiéndoseme explicado por parte del representante de mi entidad empleadora en conformidad a lo establecido en la ley Nº 20.584 que regula los derechos y deberes de las personas en relación con acciones vinculadas a su atención de salud, vengo a entregar mi consentimiento para la **entrega a mi empleador** de los antecedentes correspondientes a la evaluación médica, como asimismo, vengo en autorizar expresa y tan ampliamente como en derecho sea necesario al médico de la UST o símil del Hospital Dr. Ernesto Torres Galdames de Iquique, para que, sin ulterior responsabilidad, emita sin restricciones ni condiciones de ninguna índole el señalado documento.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Firma del Funcionario(a)**

Iquique, \_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 2021

Anexo N° 2

DECLARACION JURADA SIMPLE

Yo, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ RUT \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_declaro que la información entregada es verídica y que la documentación de respaldo, es copia fiel de los originales.

En el caso de no ser cierta la información antes entregada, el/la funcionario/a asume las consecuencias que pudieran derivarse de su actuación, no reconocerá validez alguna de la documentación adjunta, para los efectos para los que ha sido presentada.

|  |
| --- |
|  |
| Firma y nombre de funcionario/a |