

CONSENTIMIENTO INFORMADO

En pleno uso de mis facultades, libre y voluntariamente autorizo a que DELIMA MARSH S.A. en calidad de intermediario / asesor del programa / póliza _____ del cual figuro como asegurado/a o afiliado/a, conozca mi historia clínica y toda la información allí contenida como aspectos científicos, técnicos y administrativos relativos a la atención en salud, diagnósticos, tratamientos, rehabilitación de enfermedades y en general toda la información contenida en la misma, de acuerdo con lo estipulado en la Ley 23 de 1981, las Resoluciones 2346 de 2007, 1995 de 1999 y 1918 del 2009 del Ministerio de Salud y Protección Social y todas las normas que pueda expedir el Gobierno de la República de Colombia en relación de las mismas con el fin que DELIMA MARSH S.A. realice seguimiento de mi condición de salud para los fines propios del intermediario de seguros, esto es sin limitarse a: i) realizar reclamaciones a las compañías aseguradoras y empresas de medicina prepagada, ii) validar las objeciones realizadas por las compañías de seguros o empresas de medicina prepagada para validar si están fundamentadas, iii) Evaluar casos médicos críticos por ausentismo laboral y reintegro laboral, iv) Para realizar evaluación y seguimiento a los casos de los sistemas de vigilancia epidemiológica v) Para la aplicación y manejo de la evaluación del riesgo psicosocial, vi) Para interactuar con las diferentes entidades del Sistema de Seguridad Social, compañías aseguradoras y entidades con competencia legal de diagnosticar mi estado de salud, la calificación del origen y pérdida de capacidad laboral, así como para agilizar los trámites en los procesos asistenciales o de reclamación, así como cualquier requerimiento relacionado con mi estado de salud.

Por lo anterior, me obligo a suministrar la información completa y veraz requerida por DELIMA MARSH S.A.

Nombre: _____

Firma: _____

Cédula: _____

Ciudad y Fecha: _____