

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

<b>LOCALIDAD</b>		<b>FECHA</b>	
------------------	--	--------------	--

<b>USUARIO</b>	
<b>CÉDULA DE IDENTIDAD</b>	

De conformidad con lo establecido por el artículo 9 de la Ley n.º 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 acceder a mi Historia Clínica Electrónica (Decreto 122/019).

En virtud del principio de finalidad establecido en el artículo 8 de la Ley n.º 18.331, el alcance de mi consentimiento es limitado a los procedimientos administrativos tendientes a la evaluación de la incapacidad, a fin de generar o mantener derecho a las prestaciones económicas del Banco de Previsión Social que así lo exigen (Jubilación por incapacidad total, Subsidio Transitorio por incapacidad parcial, Pensión por sobrevivencia, Pensión por invalidez y Subsidio por Enfermedad), o convalidación del diagnóstico Síndrome de Down (Prestación artículo 175 Ley n.º 20.130).

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 estos.

<b>PRESTO CONFORMIDAD EN CALIDAD DE</b>	
<b>TELÉFONO</b>	<b>CÉDULA DE IDENTIDAD</b>

\_\_\_\_\_  
**Firma del representante o autorizado**

\_\_\_\_\_  
**Aclaración**