

**CONSENTIMIENTO INFORMADO
CONVALIDACIÓN
DIAGNÓSTICO SÍNDROME DE DOWN
Ley 20.130 Artículo 175
ACCESO Y TRATAMIENTO DE DATOS CLÍNICOS**

Localidad		Fecha	
------------------	--	--------------	--

Usuario	
----------------	--

C.I.	
-------------	--

De conformidad con lo establecido por el Artículo 9 de la Ley 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.

En virtud del principio de finalidad establecido en el Artículo 8 de la Ley 18.331 el alcance de mi consentimiento es limitado a los procedimientos administrativos tendientes a la convalidación del diagnóstico Síndrome de Down, a fin de generar o mantener derecho a las prestaciones económicas del Banco de Previsión Social que así lo requieran.

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 los mismos.

Presto conformidad en calidad de:	TITULAR	APODERADO
	PADRE/MADRE/TUTOR	CURADOR

Teléfono de contacto	
-----------------------------	--

C.I.	
-------------	--

.....
Firma del Representante o Autorizado

.....
Firma del Funcionario/a