

**AUTORIZACIÓN A CONSEJO MÉDICO O A CONSEJO MÉDICO DE APELACIÓN PARA REVISIÓN DE FICHA CLÍNICA**

**AUTORIZACIÓN**

---

Quien suscribe, en conocimiento de los derechos que me confiere la Ley N° 19.628 sobre la protección de datos personales y sensibles, con ocasión de mi solicitud de pensión y calificación de certificación como enfermo terminal que se encuentra en trámite según lo establecido en la Ley N° 21.309, autoriza al Consejo Médico y al Consejo Médico de Apelación (en el caso de un eventual reclamo) para que soliciten antecedentes y/o accedan a la revisión de mis fichas clínicas ambulatorias y/u hospitalarias de los prestadores de salud públicos y privados en que me he atendido, extrayendo la información relevante que sea de utilidad para el único fin de fundamentar debidamente la certificación de enfermos terminal.

Para la efectividad de esta autorización, el Consejo Médico y el Consejo Médico de Apelación, podrán solicitar el envío de los antecedentes necesarios contenidos en las referidas fichas clínicas directamente a las instituciones de salud públicas o privadas, de acuerdo a lo instruido en la Norma Conjunta IF N° 382 entre la Superintendencia de Pensiones y la Superintendencia de Salud y/o encargar la revisión de los antecedentes antes aludidos a los siguientes profesionales:

- Médicos integrantes del Consejo Médico o del Consejo Médico de Apelación.
- Profesionales inscritos en el Registro Nacional de Profesionales de Apoyo para los Consejos Médicos de la Ley N° 21.309.

Esta autorización rige a contar de esta fecha y hasta la data en que la certificación como enfermo terminal por el Consejo Médico o por el Consejo Médico de Apelación, se encuentre ejecutoriada.

Nombre completo:	
Cédula Identidad N°	Firma o huella digital:
Fecha:	