



## INSTRUCTIVO

### Solicitud de información por Evaluación Preventiva de Compatibilidad de Salud

<b>Alcance:</b>	Centro de Evaluación del Trabajador –CET- nivel Nacional
<b>Dueño del Proceso:</b>	Coordinación Nacional CET – Dirección Médica Nacional
<b>Versión:</b>	01

<b>OBJETIVO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Definir el manejo de la información de postulantes y/o trabajadores, por evaluaciones preventivas de salud.</li> <li>✓ Estandarizar procesos de entrega, resguardo, conservación y eliminación de información relacionada con evaluaciones preventivas CET.</li> </ul>
<b>PARTICIPANTES</b>	Este instructivo aplica a evaluaciones médicas, psicosenométricas y exámenes de detección de consumo de drogas.
<b>DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES</b>	<p><b><u>Procedimiento General</u></b></p> <p>El postulante y/o trabajador en su ingreso al CET respectivo, y previamente a la toma de exámenes, firmará el “consentimiento informado”, contenido en Anexo N°1, el que forma parte integrante de este instructivo. Concluida la evaluación preventiva de salud, el Médico Jefe del CET debe informar al usuario el resultado de su compatibilidad, entregándole copia de los exámenes practicados.</p> <p>Luego de informado los resultados, se <b>solicitará</b> al postulante y/o trabajador su “autorización de informar”, debiendo firmar el formato contenido en el Anexo N°2, el que forma parte de este instructivo.</p> <p><b>1.- Entrega de Información de exámenes y resultado de la evaluación.</b></p> <p><u>Al trabajador y/o postulante:</u> para dar curso a la entrega de copias de los exámenes practicados, deberá previamente el Médico Jefe de cada CET, informarle los resultados de su evaluación.</p> <p><u>A la empresa:</u> sólo se informa el resultado de compatibilidad de la evaluación preventiva de salud del trabajador o postulante, es decir, el resultado de aptitud médica para la eventual exposición a factor de riesgo. Esa información NO debe</p>

incluir el detalle de los exámenes practicados, diagnósticos, resultados, ni otro dato sensible y/o privado.

A la empresa respectiva, sólo se le podrá entregar el detalle del resultado de los exámenes de evaluación de compatibilidad de salud practicados a un trabajador-postulante, previa autorización expresa otorgada por éste a Mutual, mediante su firma de la "autorización para informar" contenida en el Anexo N°2, o en otro documento destinado a ese **objeto**.

## **2.- Solicitud de Copias de informes y exámenes.**

### Trabajador o postulante:

En caso que el trabajador o postulante solicite copia del informe de compatibilidad de salud o del resultado de los exámenes practicados, se deberá entregar sin costo y cuantas veces lo requiera, bajo las siguientes condiciones:

- Realizada en forma personal.
- Identificación a través de documento legal (carné de identidad, licencia de conducir o pasaporte)
- Solicitud formal, llenando documento definido para tal efecto: "Acta de entrega de documento" (Anexo N°3) 
- Con esta solicitud más documento de identidad, es responsabilidad de enfermera y/o médico, la emisión de informe (sólo y cuando se encuentre vigente) y/o resultado de exámenes según lo solicitado.
- El informe y/o resultado de exámenes debidamente firmados y timbrados, serán entregados al trabajador velando por la confidencialidad de información.

### Empresa adherente que solicitó evaluación:

El requerimiento de copia por la empresa adherente que solicitó evaluación de compatibilidad (\*), se deberá entregar, con el valor definido, si se cumplen las siguientes condiciones:

- Solicitud formal de copia, ya sea a través del Portal de Adherente o por **Correo** electrónico al centro donde retirarán la copia, indicando datos de quien retirará.
- La persona que retira debe completar el documento "Acta de entrega de documento" (Anexo N°3) 

- Es responsabilidad de enfermera y/o médico la emisión de informe (sólo y cuando se encuentre vigente).
- El informe debidamente **firmados y timbrados, serán entregados** en sobre cerrado velando así por la confidencialidad **de información**

(\*) La copia con el detalle de los resultados de los exámenes practicados en la evaluación de compatibilidad de salud, se pueden entregar a la empresa adherente, sólo si el postulante-trabajador autorizó expresamente a Mutual, para entregar esa información a la empresa requirente, mediante su firma de la "autorización para informar" contenida en el Anexo N°2, o en otro documento destinado a ese **objeto**.

Empresa adherente distinta a la que solicitó la evaluación:

Ante requerimiento de copia del informe con el resultado de evaluación de compatibilidad de salud (\*), por una empresa distinta de la que solicitó ese estudio, se entregará cobrándole el valor definido, al cumplirse las siguientes condiciones:

- Solicitud formal de copia, ya sea a través del Portal de Adherente o por **Correo** electrónico al centro donde retirarán la copia, indicando datos de quien retirará.
- La persona que retira debe completar el documento "Acta de entrega de documento" (Anexo N°3) 
- Es responsabilidad de enfermera y/o médico la emisión de informe (sólo y cuando se encuentre vigente).
- El informe debidamente **firmados y timbrados, serán entregados** en sobre cerrado velando así por la confidencialidad de información.

(\*) La copia con el detalle de los resultados de los exámenes practicados en la evaluación de compatibilidad de salud, se pueden entregar a una empresa adherente distinta de la que solicitó la evaluación, sólo si el postulante-trabajador autorizó expresamente a Mutual para entregar esa información a la empresa requirente, mediante su firma de la "autorización para informar" contenida en el Anexo N°2, o en otro documento destinado a ese **objeto**.

Empresa no adherente distinta a la cual solicitó la evaluación:

En el caso de este tipo de solicitud de copia de informe del resultado de evaluación de compatibilidad de salud (\*), se debe entregar, previo pago del valor de 0.3 UF con IVA incluido, al cumplirse las siguientes condiciones:

- Que la empresa haya realizado la solicitud de copia formalmente, a través de carta o por correo electrónico al centro donde retirarán la copia.
- Que el informe se encuentre vigente.

(\*) La copia con el detalle de los resultados de los exámenes practicados en la evaluación de compatibilidad de salud, se **pueden** entregar a una empresa no adherente, sólo si el postulante-trabajador autorizó expresamente a Mutual, para entregar esa información a la empresa requirente, mediante su firma de la "autorización para informar" contenida en el Anexo N°2, o en otro documento destinado a ese **objeto**.

**2.- Almacenamiento, protección y respaldos de información en soporte informático** 

La información de cada evaluación de compatibilidad de salud, se registra en sistema informático Metra, que tiene como mecanismo de seguridad y de conservación la mantención en línea de servidores, que aseguran el respaldo a través de una grabación en cintas magnéticas custodiadas en bodega de seguridad externa a la Institución, una vez grabados el registro en el sistema, la información no puede ser borrada o modificada.

El resguardo de la confidencialidad del soporte electrónico estará determinado por el acceso a los sistemas a través de clave única, personal e intransferible y que es otorgada a cada colaborador de acuerdo a privilegios asociados a su perfil, el sistema de asignación de claves se encuentra definido por una política institucional.

**3.- Archivo documental, características y eliminación** 

Los documentos que se generan constituyen "datos privados" e información de resguardo legal y no clínica, su trazabilidad se obtiene a través del RUT y fecha de atención, debe asegurarse su conservación por el tiempo en que el informe se encuentre vigente, por lo que se recomienda su conservación por un periodo de **3** años.

Cumplido el plazo, el archivo documental se debe eliminar.

**ANEXO N°1**



**CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Estoy en conocimiento de mi diagnóstico de:

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

El Dr. (a) \_\_\_\_\_ me ha explicado mi condición y me ha  
propuesto un tratamiento consistente en : \_\_\_\_\_

Me ha expuesto las alternativas razonables de manejo, los beneficios y riesgos, hasta donde es posible preverlos en esta etapa, que he comprendido y acepto.

Sí Acepto  No Acepto  que se me efectúen los exámenes, procedimientos, tratamientos y cirugía que corresponda.

NOMBRE: \_\_\_\_\_ RUN: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

FIRMA: \_\_\_\_\_

MEDICO SOLICITANTE: \_\_\_\_\_

FIRMA: \_\_\_\_\_

SERVICIO EN EL QUE SE SOLICITA EL CONSENTIMIENTO INFORMADO:

Consulta Médica  Sala Hospitalización  Pabellón  Sala Procedimientos

**REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO**

Dejo constancia de mi decisión de revocar la autorización para efectuar los procedimientos descritos en este documento.

NOMBRE: \_\_\_\_\_ RUN: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

FIRMA: \_\_\_\_\_

**ANEXO N°2**

**AUTORIZACIÓN DE INFORMAR**

Por este acto, YO \_\_\_\_\_  
RUT \_\_\_\_\_ (nombre completo) declaro haber sido informado por Mutual de Seguridad CChC del resultado de los exámenes por evaluación de compatibilidad de salud, y autorizo expresamente a este organismo administrador para dar a conocer, los resultados de la evaluación médica, de laboratorio, y/o psicológica practicados, al representante definido por la empresa:

(empresa solicitante)

Esta autorización es válida por única vez, pudiendo ser revocada por escrito en cualquier momento, sin expresión de causa.

FIRMA: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

FECHA:

“La presente entrega de antecedentes se realiza conforme a las instrucciones de la Circular N°3012, de 16.05.2014, de la Superintendencia de Seguridad Social, en relación con la Ley 19.628, sobre Protección de la Vida Privada y datos personales”.

<b>ANEXO N°3</b>																																
	<b>Solicitudes</b>																															
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 10%;">N° folio Solicitud</th> <th style="width: 10%;">Fecha Solicitud</th> <th style="width: 10%;">RUT Solicitante</th> <th style="width: 10%;">Nombre Solicitante</th> <th style="width: 10%;">Relación con el paciente</th> <th style="width: 10%;">Detalle de lo solicitado</th> <th style="width: 10%;">Consulta en D. Médica (Si/No)</th> <th style="width: 10%;">Nombre de quien recibe la solicitud</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> </tr> </tbody> </table>	N° folio Solicitud	Fecha Solicitud	RUT Solicitante	Nombre Solicitante	Relación con el paciente	Detalle de lo solicitado	Consulta en D. Médica (Si/No)	Nombre de quien recibe la solicitud																							
	N° folio Solicitud	Fecha Solicitud	RUT Solicitante	Nombre Solicitante	Relación con el paciente	Detalle de lo solicitado	Consulta en D. Médica (Si/No)	Nombre de quien recibe la solicitud																								
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="3" style="width: 50%;">Comunicación de resolución de Dirección Médica a Solicitante</th> <th colspan="5" style="width: 50%;">Entrega de Documento</th> </tr> <tr> <th style="width: 15%;">Resolución D. Médica (aprobado/rechazado)</th> <th style="width: 15%;">Fecha de comunicación a solicitante</th> <th style="width: 15%;">Fecha establecida para entrega Documento</th> <th style="width: 10%;">Fecha entrega documento</th> <th style="width: 10%;">RUT de quien recibe</th> <th style="width: 10%;">Nombre de quien recibe</th> <th style="width: 10%;">N° de folio impresión ficha clínica</th> <th style="width: 10%;">Nombre de quien entrega la solicitud</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> </tr> </tbody> </table>	Comunicación de resolución de Dirección Médica a Solicitante			Entrega de Documento					Resolución D. Médica (aprobado/rechazado)	Fecha de comunicación a solicitante	Fecha establecida para entrega Documento	Fecha entrega documento	RUT de quien recibe	Nombre de quien recibe	N° de folio impresión ficha clínica	Nombre de quien entrega la solicitud																
Comunicación de resolución de Dirección Médica a Solicitante			Entrega de Documento																													
Resolución D. Médica (aprobado/rechazado)	Fecha de comunicación a solicitante	Fecha establecida para entrega Documento	Fecha entrega documento	RUT de quien recibe	Nombre de quien recibe	N° de folio impresión ficha clínica	Nombre de quien entrega la solicitud																									
<b>DOCUMENTOS DE APOYO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Guía de Mutual de Seguridad <b>C. Ch. C.</b>, sobre tratamiento de datos sensibles de los trabajadores y pacientes.</li> <li>✓ Ley <b>20584</b>: Regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud.</li> <li>✓ Decreto 41, del Ministerio de Salud Reglamento sobre fichas clínicas.</li> <li>✓ Circular 3012, del 16.05. 2014 de la Superintendencia de Seguridad Social.</li> <li>✓ Procedimiento de Exámenes Preocupacionales y Ocupacionales <b>(mutualmente área Salud, link CET)</b></li> </ul>																															
<b>REGISTROS</b>	<p>Consentimiento informado.          Autorización de informar.          Acta de entrega de documento.          Solicitud de copia de informes.</p>																															

FECHA <b>30/10/2014</b>	<b>Aprobado por:</b> María Angélica Barrientos Médico Coordinador Nacional CET	<b>FIRMA</b>
----------------------------	--	--------------