



Junta de Andalucía

Consejería de Salud y Consumo

SERVICIO ANDALUZ DE SALUD



UNIDAD DOCENTE
AGS SUR DE CÓRDOBA

COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD DESTINADO A RESIDENTES (Anexo II Protocolo)

D., con D.N.I./NIE/NIF tiene la condición de personal en formación en régimen de residencia en la Unidad Docente acreditada del Centro Sanitario Área de Gestión Sanitaria Sur de Córdoba como:

- Residentes de la Especialidad de relacionada en el Anexo I del RD 183/2008 de 8 de febrero, con la titulación de..... (Médico, Farmacéutico, Enfermero, Psicólogo, Biólogo, etc.)
- Residente de la especialidad de..... en rotación procedente de Centro Sanitario.....(especificar centro de origen)
- Profesionales sanitarios extranjeros en estancia formativa autorizada por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (art. 21 del RD 183/2008, de 8 de febrero) en la especialidad de.....
- Profesionales sanitarios de la Unión Europea en periodo de ejercicio profesional en prácticas (art. 10 del RD 1837/2008 de 0 de noviembre) en la especialidad de.....
- Profesionales sanitarios extracomunitarios en periodo de ejercicio profesional en prácticas o en periodo complementario de formación (art. 8 del RD 459/2010 de 16 de abril) en la especialidad de.....

Declara que,

7. Reconoce que los pacientes tienen derecho al respeto de su personalidad, dignidad humana e intimidad y a la confidencialidad de toda la información relacionada con su proceso.
8. También reconoce que los pacientes tienen derecho a que se respete el carácter confidencial de los datos referentes a su salud, y a que nadie pueda acceder a ellos sin previa autorización. Comprometiéndose con ello a no facilitar a terceros las contraseñas o claves de acceso que le haya proporcionado el centro para su exclusivo uso personal.
9. De acuerdo con el artículo 10 de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, reconoce que tiene el deber de mantener el secreto profesional respecto a la información a la que acceda en el desarrollo de su actividad asistencial, comprometiéndose a prestar el máximo cuidado y confidencialidad en el manejo y custodia de cualquier información/documentación durante su periodo formativo y una vez concluido el mismo.
10. Reconoce que no procede transferir, duplicar o reproducir todo o parte de la información a la que tenga acceso con motivo de su actividad en el Centro, no pudiendo utilizar los datos proporcionados por el mismo para finalidades distintas a la formación y a la asistencia sanitaria al paciente, o aquellas otras para las que fuera autorizado por la dirección del Centro.
11. Conoce y acepta el Protocolo mediante el que se determinan pautas básicas destinadas a asegurar y proteger el derecho a la intimidad del paciente por los residentes de Ciencias de la Salud.
12. Está enterado de que es responsable personal de acatar el deber de confidencialidad y de que su incumplimiento puede tener consecuencias penales, disciplinarias o incluso civiles.

Por todo ello se compromete a que su conducta en el Centro Sanitario se adecue a lo previsto en los apartados anteriores de esta declaración responsable, que se suscribe por triplicado,

En,..... a,.... de..... de.....

Fdo.:

Ejemplar interesado

Ejemplar Centro Sanitario

Ejemplar Comisión de Docencia