

ACUERDO DE CONFIDENCIALIDAD

Entre **SANATORIO ALLENDE S.A.** y _____, en carácter de observador/rotante/alumno.

ANTECEDENTES

En su carácter de observador/rotante/alumno desarrollará actividades dentro de Sanatorio Allende S.A. Consistentes en participación de todas las actividades teóricas y prácticas que el servicio que lo reciba definirá como necesarias para llevar a cabo su actividad en la institución. En este contexto, podrá tener acceso a información cuya confidencialidad se obliga a resguardar, conforme los términos del presente.

COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD

El/La que suscribe, _____ DNI _____ Dejo debida constancia de mi obligación de confidencialidad con relación a la información médica y demás documentación a la que acceda con motivo de mi actividad de observación/rotación en el Sanatorio Allende S.A. o de los pacientes involucrados.

A tal efecto se considerará confidencial toda aquella información, datos y documentos relacionados con la salud de los pacientes y demás elementos que surjan de las historias clínicas y demás documentación médica a la que acceda así como de los Protocolos de Investigación, al igual que la información relacionada con la identidad de los pacientes.

Igual obligación de confidencialidad regirá para todos los estudios y evaluaciones realizadas a pacientes, incluidos los estudios de imágenes y sistemas informativos a los que tenga acceso. Entiendo y comprendo que la confidencialidad de la precitada información es de suma importancia y que su revelación a terceros implicará un incumplimiento de mi parte y además podría provocar graves perjuicios para la Institución médica.

Por lo tanto me obligo a mantener toda esta información de modo estrictamente confidencial y en absoluto secreto y reserva y a no revelar, divulgar bajo cualquier modalidad o permitir que terceros accedan a toda o parte de dicha información, aún finalizada mi actividad o participación en Sanatorio Allende S.A.

Entiendo que se encuentra prohibido compartir información de salud del paciente con otros profesionales por medios no institucionales (mail, chat, mensajes de texto, fotos, etc.).

Comprendo que en caso de utilizar datos del paciente con fines educativos o de investigación estos deben ser anonimizados y codificados, no siendo posible utilizar nombre, apellido, número de DNI/pasaporte y/o número de internado.

Todas estas obligaciones implican también la de adoptar todos los recaudos para que en ocasión de las tareas a desarrollar esa información confidencial no sea exteriorizada en forma indebida, dando estricto cumplimiento a las disposiciones de la ley 25.326.

Esta obligación de confidencialidad no regirá en los siguientes supuestos:

- a) Si en adelante se convirtiera por otros medios en información de dominio público;
- b) si se exigiera su revelación según las normas del derecho vigente o mediante una orden judicial, decreto, reglamentación o normas gubernamentales.

Finalizada mi asistencia a Sanatorio Allende por cualquier causa que fuere, me obligo a no divulgar y/o restituirle en forma inmediata toda la información, datos, estudios y demás elementos en mi poder, renunciando expresamente al derecho de retención.

Se hace constar que resulta aplicable la Ley N° 24.766 (Ley de Confidencialidad) y las que surgen de la Ley de Protección de Datos Personales N° 25.326. particularmente a las obligaciones de Seguridad del Art. 9 inc. 1, *“El responsable o usuario del archivo de datos debe adoptar las medidas técnicas y organizativas que resulten necesarias para garantizar la seguridad y confidencialidad de los datos personales, de modo de evitar su adulteración, pérdida, consulta o tratamiento no autorizado, y que permitan detectar desviaciones, intencionales o no, de información, ya sea que los riesgos provengan de la acción humana o del medio técnico utilizado.”*

Declaro conocer las previsiones legales sobre confidencialidad de la información sanitaria prevista en la ley 26.529 (Ley de Derechos del paciente), obligándome a respetarla. En particular, con la previsión del inc. d) *“El paciente tiene derecho a que toda persona que participe en la elaboración o manipulación de la documentación clínica, o bien tenga acceso al contenido de la misma, guarde la debida reserva, salvo expresa disposición en contrario emanada de autoridad judicial competente o autorización del propio paciente”.*

.....
Firma

DESLINDE DE RESPONSABILIDADES

Yo, _____ DNI o Pasaporte N°: _____

Declaro bajo juramento que estoy bajo la condición de rotante/observador en el Sanatorio Allende en el servicio de _____ desde el _____ hasta el _____ eximiendo al Sanatorio de toda responsabilidad respecto de los accidentes que pueden ocurrir durante mi permanencia. Para que conste en los efectos oportunos firmo la presente declaración a los _____ del mes _____

.....
Firma