

## COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD DESTINADO A ALUMNOS (Anexo I Protocolo)

D..... con..... D.N.I./NIF/NIE.  
..... tiene la condición de personal en formación en régimen de alumnado en el Centro Sanitario.....como:

- Alumno universitario de Grado:
 

<input type="checkbox"/> Medicina	<input type="checkbox"/> Farmacia	<input type="checkbox"/> Odontología	<input type="checkbox"/> Enfermería
<input type="checkbox"/> Fisioterapia	<input type="checkbox"/> Terapia Ocupacional	<input type="checkbox"/> Logopedia	<input type="checkbox"/> Podología
<input type="checkbox"/> Óptica-optometría	<input type="checkbox"/> Dietista-nutricionista	<input type="checkbox"/> Otros titulados universitarios	
- Estudiantes universitarios de post-grado/investigadores:
 

<input type="checkbox"/> Master	<input type="checkbox"/> Doctorado	<input type="checkbox"/> título propio	<input type="checkbox"/> Investigador
---------------------------------	------------------------------------	--	---------------------------------------
- Estudiantes de formación profesional de la familia sanitaria:
 

<input type="checkbox"/> Técnico de grado medio en: .....
<input type="checkbox"/> Técnico de grado superior en: .....

### Declara que,

1. 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.
2. 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.
3. 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 secreto respecto a la información a la que acceda en el desarrollo de su actividad, 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.
4. 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, o aquellas otras para las que fuera autorizado por la dirección del Centro.
5. 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 alumnos relacionados con las Ciencias de la Salud.
6. 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 duplicado,

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

Fdo.:

- Ejemplar interesado       Ejemplar Centro Sanitario