

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

D/D<sup>a</sup> \_\_\_\_\_, con D.N.I./NIF/NIE \_\_\_\_\_;  
que tiene la condición de personal en formación en régimen de alumnado en el Área de Salud de Salamanca en los siguientes centros sanitarios:

- Complejo Asistencial Universitario de Salamanca (Hospital Universitario de Salamanca, Hospital de Los Montalvos)
- Centros de Salud de la capital.

- Alumno universitario de Grado:

- Medicina                       Farmacia                       Odontología                       Enfermería
- Fisioterapia                       Terapia Ocupacional                       Logopedia                       Podología
- Óptica-optometría                       Dietista-nutricionista                       Otros titulados universitarios

- Estudiantes universitarios de post-grado/investigadores:

- Master                       Doctorado                       título propio                       Investigador

- Estudiantes de formación profesional de la familia sanitaria:

- Técnico de grado medio en: \_\_\_\_\_
- 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 20....

Firma del **alumno/a**