

Compromiso de confidencialidad

Don/Doña , con
DNI/NIF/NIE tiene la condición de personal en formación en régimen de
alumnado en el Centro Sanitario F.G.S. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau 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"/> Ter. Ocupacional | <input type="checkbox"/> Logopedia | <input type="checkbox"/> Podología |
| <input type="checkbox"/> Óptica-optometría | <input type="checkbox"/> Dietista-nutrición. | <input type="checkbox"/> 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

Declaro 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 [Reglamento Europeo de Protección de Datos \(UE\) 2016/679](#) y 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 período 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 comprometo 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 Barcelona, a de de 2018

Firma del interesado: