

## 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:

- |                                 |                                    |  |                                       |
|---------------------------------|------------------------------------|--|---------------------------------------|
| <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 [Reglamento Europeo de Protección de Datos \(UE\) 2016/679](#) y la [Ley Orgánica 3/2018 de 5 de diciembre](#), de Protección de Datos Personales y garantía de derechos digitales, 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 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 Barcelona, a .....

Firma del interesado: