

## COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD DESTINADO A ALUMNOS

(Anexo I Protocolo)

D./Dña. \_\_\_\_\_ 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"/> Máster | <input type="checkbox"/> Doctorado | <input type="checkbox"/> Título propio | <input type="checkbox"/> 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 5 de la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales, reconoce que tiene el deber de mantener el secreto profesional respecto a la información a la que acceda en el desarrollo de su actividad asistencial, 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.: .....

## COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD DESTINADO A ALUMNOS

(Anexo I Protocolo)

D./Dña. \_\_\_\_\_ 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"/> Máster | <input type="checkbox"/> Doctorado | <input type="checkbox"/> Título propio | <input type="checkbox"/> 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 5 de la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales, reconoce que tiene el deber de mantener el secreto profesional respecto a la información a la que acceda en el desarrollo de su actividad asistencial, 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.: .....