

## ANEXO I

**Protocolo***Compromiso de confidencialidad destinado a alumnos*

D. ..... con DNI/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 aadecue a lo previsto en los apartados anteriores de esta declaración responsable, que se suscribe por duplicado,

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

Fdo.:

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Ejemplar interesado | <input type="checkbox"/> Ejemplar Centro Sanitario |
|--|--|