

## ANEXO II

## Protocolo

*Compromiso de confidencialidad destinado a residentes*

D. ..... con DNI/NIF/NIE ..... tiene la condición de personal en formación en régimen de residencia en la Unidad Docente acreditada del Centro Sanitario ..... como:

- Residentes de la Especialidad de ..... relacionada en el Anexo I del RD 183/2008 de 8 de febrero, con la titulación de ..... (Médico, Farmacéutico, Enfermero, Psicólogo, Biólogo, etc.).
- Residente de la especialidad de ..... en rotación procedente de Centro Sanitario ..... (especificar centro de origen).
- Profesionales sanitarios extranjeros en estancia formativa autorizada por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (art. 21 del RD 183/2008, de 8 de febrero) en la especialidad de .....
- Profesionales sanitarios de la Unión Europea en periodo de ejercicio profesional en prácticas (art. 10 del RD 1837/2008 de o de noviembre) en la especialidad de .....
- Profesionales sanitarios extracomunitarios en periodo de ejercicio profesional en prácticas o en periodo complementario de formación (art. 8 del RD 459/2010 de 16 de abril) en la especialidad de .....  
.....

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, por lo que su acceso estará justificado por razones asistenciales, de urgencia o de salud pública, comprometiéndose a no facilitar a terceros las contraseñas o claves de acceso que le haya proporcionado el centro para su exclusivo uso personal.
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 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 y a la asistencia sanitaria al paciente, 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 residentes de 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 triplicado,

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

Fdo.:

Ejemplar interesado

Ejemplar Centro Sanitario

Ejemplar Comisión de Docencia