

## ANEXO II

## 3URWRFOR

D. ...., con DNI/NIF/NIE ..... tiene la condición de personal en formación en régimen de residencia en la Unidad Docente acreditada del Centro Sanitario **HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE ELDA**.

como:

Residentes de la Especialidad de **MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA**, relacionada en el Anexo I del RD 183/2008 de 8 de febrero, con la titulación de **MEDICO** (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 0 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 .....

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, 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 adecue a lo previsto en los apartados anteriores de esta declaración responsable, que se suscribe por triplicado,

En Elda a de de 2.018

Fdo.:

Ejemplar interesado

Ejemplar Centro Sanitario

Ejemplar Comisión de Docencia