



Declaración de Confidencialidad de Información Institucional

Yo, _____, médico con privilegios y miembro de la Facultad Médica de Manatí Medical Center, entiendo que en el desempeño de mi práctica profesional, funciones y responsabilidades como facultativo, tendré acceso, usaré o entraré en contacto con información protegida de salud (información clínica, laboral u operacional) relacionada a pacientes, respecto a su condición y tratamiento médico.

Me comprometo a mantener la seguridad de toda la información relacionada con la condición del paciente y los eventos asociados a su cuidado de salud, reconociendo que es mi deber y responsabilidad guardar estricta confidencialidad en todo momento respecto a esta información, ya sea ésta por medios escritos, verbales o mediante transmisión electrónica, como información confidencial y privilegiada.

Utilizaré solamente la información mínima necesaria para el desempeño de mi práctica profesional dentro de la institución y según sea permitido por las políticas establecidas por la ley HIPPA. Reconozco y entiendo que dicha responsabilidad y obligación de mantener la confidencialidad se extiende aún luego de terminar mi relación de trabajo con el hospital.

Acuerdo que al terminar mi relación con **Manatí Medical Center**, habré de devolver toda llave, tarjeta de acceso, accesorio o clave que brinde o facilite el acceso al Hospital o su información.

Entiendo que cualquier violación a esta obligación y responsabilidad de mantener la confidencialidad me puede exponer a acciones disciplinarias que pueden conllevar hasta la suspensión de mis privilegios y reconozco que soy responsable de cualquier divulgación no autorizada.

Certifico que he sido orientado sobre la confidencialidad de información institucional y he comprendido la importancia y responsabilidad de proteger la seguridad y confidencialidad de la información relacionada a la condición y tratamiento médico que reciben los pacientes atendidos en el hospital.

He leído detenidamente este documento y suscribo el mismo en el día de hoy, comprometiéndome a cumplir cabalmente con esta **Declaración de Confidencialidad de Información Institucional**.

Firma del Médico

Nombre del Médico (letra de molde)

Firma Jefe del Departamento

Fecha