

COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD

“La Historia Clínica es un documento privado, obligatorio y sometido a reserva, en el cual se registran cronológicamente las condiciones de salud del paciente, los actos médicos y los demás procedimientos ejecutados por el equipo de salud que interviene en su atención. Dicho documento únicamente puede ser conocido por terceros previa autorización del paciente o en los casos previstos por la ley.”

(Artículo 34. Ley 23 de 1981 - Artículo 1. Resolución 1995 de 1999)

Así mismo de conformidad con lo estipulado en la Ley 1266 de 2008, todas las personas naturales o jurídicas que intervienen en la administración de datos personales que no tengan la naturaleza de públicos, están obligados en todo tiempo a garantizar la reserva de la información, inclusive después de finalizada su relación con alguna de las labores que comprende la administración de datos, pudiendo solo realizar suministro o comunicación de datos cuando ello corresponda al desarrollo de las actividades autorizadas en dicha ley y en los términos de la misma.

Yo _____, mayor de edad, identificado con el documento de identidad número _____ de _____, manifiesto libre y voluntariamente mi compromiso irrevocable con los pacientes y con la CLÍNICA LA TRINIDAD IPS S.A.S., a guardar estricta confidencialidad del contenido de las historias clínicas, así como de los datos personales de los pacientes y terceros, tanto en el formato físico, electrónico o cualquiera conocido o por conocer, a los cuales tengo acceso en ejercicio de mi actividad laboral y/o académica.

Así mismo me obligo a dar cumplimiento a la política Integral en cuanto a la privacidad y confidencialidad y el manual de administración de la historia clínica, que rigen en la CLÍNICA LA TRINIDAD IPS S.A.S.

Mantener la información CONFIDENCIAL y todo dato del paciente en secreto y no divulgarlos, comprometiéndome a no utilizar dicha información de ninguna manera que pudiera causar perjuicio directo o indirecto a la CLÍNICA LA TRINIDAD IPS S.A.S., paciente y terceros. Custodiar la información a la que tenga acceso, garantizando que esta no sea accesible, copiada, reproducida, distribuida o transmitida por ningún **medio conocido** o por conocer, en todo o una parte, sin el previo y escrito consentimiento de la CLÍNICA LA TRINIDAD IPS S.A.S.

El presente compromiso de confidencialidad tiene una duración indefinida dado que la información es objeto de reserva legal.

Para constancia se firma en la ciudad de Medellín a los _____ () días del mes de _____ 20__

Firma: _____

Documento N°: _____ de _____

Cargo: _____

“Antes de usar este documento, asegúrese de que sea la versión vigente. Prohibida su reproducción por cualquier medio, sin previa autorización”.