

## COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD DEL ALUMNO EN PASANTÍA CLÍNICA

En mi condición de Alumno de la Facultad de Medicina de la Universidad de Navarra,

MANIFIESTO:

1. Conocer mi obligación, legal y deontológica, de guardar secreto sobre todos los datos personales y las informaciones confidenciales que, con ocasión de mis pasantías clínicas llegue a conocer, o pueda advertir, acerca de las personas que sean atendidas o estén presentes en los Centros Sanitarios en los que desarrolle mis prácticas clínicas.
2. Conocer que la guarda de la confidencialidad es una condición que me viene impuesta por algunos requisitos éticos fundamentales, como son el respeto por las personas, el cumplimiento de los derechos de los pacientes, la lealtad hacia las personas e instituciones que participan en mi formación, y la formación específica que he de adquirir para cumplir, como futuro Médico Colegiado, los deberes contenidos en el Código de Ética y Deontología Médica.

En consecuencia

ME COMPROMETO

- A. A no revelar a nadie lo que vea, oiga o deduzca con ocasión de mis pasantías clínicas.
- B. A seguir las normas que sobre secreto, seguridad y confidencialidad de datos personales estén vigentes en la Clínica Universitaria de Navarra o en los Centros Sanitarios donde desarrolle mis prácticas clínicas, que me han sido transmitidas y que entiendo, tanto durante el tiempo en que en ellos trabaje, como incluso después de que haya finalizado mi período de relación académica con la Facultad de Medicina de la Universidad de Navarra.
- C. A adoptar todas las medidas de seguridad necesarias y exigidas por la Clínica Universidad de Navarra o en otros Centros Sanitarios sobre toda la información que maneje en el desarrollo de mis actividades, siendo irrelevante el soporte que la contenga.
- D. A no acceder a datos que no me estén autorizados, ni a facilitar a ninguna otra persona las contraseñas o claves de acceso que se me han proporcionado para mi exclusivo uso personal relacionados con el desempeño de mi actividad en la Clínica Universidad de Navarra y en otros Centros Sanitarios.
- E. A revelar exclusivamente ante quien tenga que hacerlo y en sus justos límites la información confidencial que haya conocido, si alguna vez me viera obligado a hacerlo por imperativo legal o deontológico.

Como prueba de aceptación libre de lo indicado en este documento, lo firmo y lo entrego en la Oficina de Relaciones Internacionales de la Facultad de Medicina..

En Pamplona, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_

Firma

Nombre y Apellidos

DNI/Passaporte