



GOBIERNO DE LA PROVINCIA DE  
BUENOS AIRES



SALUD  
DIGITAL  
BONAERENSE

## ANEXO II

Declaración Jurada – Convenio de Confidencialidad usuarios de Historia de Salud Integrada (HSI)

Buenos Aires, 06 de 09 del 20 24

El/la que suscribe, Carmi NÚÑEZ BARROS ..... quién se desempeña  
en .....  
(apellido y nombre del agente)

el cargo de ADMINISTRATIVO ..... (cargo) del Hospital Interzonal General de Agudos  
(cargo)

General San Martín de La Plata, declaro bajo juramento conocer que la información contenida en la Historia de Salud Integrada (HSI) es confidencial y se encuentra protegida por Ley 26.529 de Derechos del Paciente, Historia Clínica y Consentimiento Informado, y su decreto reglamentario, la Ley Provincial 14.494 de Historia Clínica Electrónica y la Ley N° 25.326 protección de los Datos Personales.

Por lo antes expuesto asumo las siguientes responsabilidades:

- Guardar la máxima reserva y secreto sobre la información personal a la que acceda en virtud de las funciones encomendadas.
- Utilizar los datos de carácter personal a los que tenga acceso, única y exclusivamente para cumplir con mis obligaciones.
- No ceder a terceros las claves personales de acceso al sistema.
- No ceder en ningún caso a terceras personas los datos de carácter personal a los que tenga acceso, ni siquiera a efectos de su conservación.

MINISTERIO DE  
SALUD



GOBIERNO DE LA PROVINCIA DE  
BUENOS AIRES



GOBIERNO DE LA PROVINCIA DE  
BUENOS AIRES



SALUD  
DIGITAL  
BONAERENSE

- Solicitar la baja de mi usuario al Administrador Institucional del establecimiento, cuando se descontinúan las funciones asignadas dentro del establecimiento.

Por la naturaleza de las leyes involucradas, dichos compromisos subsistirán inclusive tras la baja de usuarios que pudiera existir, extendiéndose a no conservar en mi poder copia alguna de los datos a los que hubiere accedido en función de mis tareas.

En este sentido, asumo en forma personal y exclusiva la responsabilidad por los daños que el incumplimiento del presente pudiera ocasionar.

Firma del agente:

Aclaración:

Camilón

Nº de documento:

PS. 304.300

Nº de matrícula:

Teléfono de contacto: 221 399 2034

E-mail: CML13401@GMAIL.COM.

Firma y Aclaración del Administrador Institucional

ISMAEL CRISTIAN  
JONATHAN

MINISTERIO DE  
SALUD



GOBIERNO DE LA PROVINCIA DE  
BUENOS AIRES