





## **ANEXO II**

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

Buenos Aires, <u>28</u> de <u>03</u> del 20
El/la que suscribe, Sì 1UA MARINE quién se desempeña en
(apellido y nombre del agente)
el cargo de ADMINISTRA TIVA (cargo) del Hospital Interzonal General de Agudos
General San Martín de La Plata, declaro bajo juramento conocer que la información contenida en
Historia de Salud Integrada (HSI) es confidencial y se encuentra protegida por Ley 26.529 de Derech
del Paciente, Historia Clínica y Consentimiento Informado, y su decreto reglamentario, la Ley Provinc
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:
마르크 (1985년 - 1985년 - 1 1987년 - 1987년
<ul> <li>Guardar la máxima reserva y secreto sobre la información personal a la que acceda en virtud</li> </ul>
de las funciones encomendadas.
마이트 보고 있는 것이 되었다. 그는 사람들은 사람들은 사람들은 사람들은 사람들은 사람들은 사람들은 사람들은
<ul> <li>Utilizar los datos de carácter personal a los que tenga acceso, única y exclusivamente para</li> </ul>
cumplir con mis obligaciones.
<ul> <li>No ceder a terceros las claves personales de acceso al sistema.</li> </ul>
마이트 - 1 - 1 - 1 - 1 - 1 - 1 - 1 - 1 - 1 -
<ul> <li>No ceder en ningún caso a terceras personas los datos de carácter personal a los que tenga</li> </ul>
acceso, ni siquiera a efectos de su conservación.
<ul> <li>Solicitar la baja de mi usuario al Administrador institucional del establecimiento, cuando se</li> </ul>

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

Adaración: MARIHE SIVA

N° de documento: 29 307 928

Nº de matrícula:

Teléfono de contacto: 221 440 (518

E-mail: MARTESINA 426@ GINAIL COM

Firma y Aclaración del Administrador Institucional

Jonsinor

MINISTERIO DE SALUD SONO SALUD SONO SALUD SU SONO SALUD SALU