

ANEXO II

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

Buenos Aires, 10 de Julio del 20 25

El/la que suscribe, ECHIVARRIA SARA quién se desempeña en el
(apellido y nombre del agente)
cargo de ENFERMERA (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.
- Utilizaré 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.
- Solicitar la baja de mi usuario al Administrador institucional del establecimiento, cuando se discontinúan las funciones asignadas dentro del establecimiento.



MINISTERIO DE SALUD



GOBIERNO DE LA PROVINCIA DE
BUENOS AIRES



SALUD
DIGITAL
BONAERENSE

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: Echevarría Sara

N° de documento: 18812288

N° de matrícula (Provincial y Nacional): 135181

Especialidades:

Teléfono de contacto: 221 4006210

E-mail: Sara.eche@hotmail.com

Firma y Aclaración del Administrador Institucional

MINISTERIO DE SALUD



GOBIERNO DE LA PROVINCIA DE
BUENOS AIRES