

## ACUERDO DE CONFIDENCIALIDAD PARA VISITANTE

La información confidencial se define como cualquier información encontrada en un expediente médico, información personal e información relacionada con datos laborales (incluyendo información respecto a salario). Toda la información relacionada con el cuidado del paciente, su tratamiento, o su condición constituye información confidencial. Esta información confidencial engloba cualquier secreto científico, tecnológico o información técnica desarrollado, derivado de la práctica médica o por el personal del Instituto.

Entiendo que el Instituto de Oftalmología IAP. tiene responsabilidad ética y legal para mantener la privacidad y seguridad de los pacientes motivo por el cual:

- a) Los visitantes nunca deberán discutir la enfermedad de algún paciente con ningún empleado, amigos o miembros de su familia. Asuntos confidenciales nunca deberán ser discutidos en áreas donde podrían ser escuchados por otros pacientes u otras personas empleados o no-empleados del Instituto.
- b) Cualquier revelación no autorizada de información confidencial por parte de visitantes pudiera derivar en responsabilidad legal. Cualquier visitante que viole la confidencialidad del Instituto, información médica, información de empleados será sujeta a medidas disciplinarias incluyendo acción legal.
- c) No tendrá acceso o verá ninguna información mas que la mínima necesaria para completar el propósito de mi visita. Si tengo cualquier duda concerniente a cierta información para completar mi tarea, inmediatamente contactaré al Departamento de Enseñanza y Recursos Humanos para la aclaración.
- d) Tendré a la vista mi gafete de identificación y vestiré de manera formal llevando siempre bata blanca.

He recibido una copia, la he leído, la he entendido y acataré esta política que por escrito he recibido acerca del manejo de la información confidencial y secretos comerciales.

También entiendo que mi visita no me da un libre acceso a las operaciones confidenciales del Instituto, por completo o en parte, pudiendo resultar en una acción disciplinaria que pudiera llegar a concluir en una acción legal.

Reconozco al presente documento firmado en el que me comprometo a respetar las políticas del Instituto mismo que será guardado en mi expediente y archivado dentro del Instituto.

\_\_\_\_\_  
Nombre del Visitante

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Representante Médico

\_\_\_\_\_  
Fecha