

## DECLARACIÓN RESPONSABLE DE RESIDENTES

D./Dña. .... con NIF/NIE número  
....., como personal en formación en régimen de residencia en la Unidad  
Docente acreditada del Centro Sanitario ..... en  
condición de:

- Residente de la Especialidad de .....  
Relacionada en el Anexo I del RD 183/2008, de 8 de febrero, para cuyo acceso se exige estar en  
posesión de título universitario oficial de ..... (Médico,  
Farmacéutico, Enfermero, Psicólogo, Biólogo ...).
- Residente de la Especialidad de .....  
En Rotación procedente del Centro Sanitario .....
- Rotación externa de profesional sanitario extranjero en la Especialidad de .....  
En estancia formativa autorizada por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (Art. 21  
RD 183/2008, de 8 de febrero).
- Prácticas de profesional sanitario de la Unión Europea en la especialidad de .....  
(Art. 24 RD 581/2017, de 9 de junio, por el que se incorporan Directivas Europeas).
- Ejercicio profesional en prácticas o período complementario de formación en la especialidad de .....  
..... (Art. 8 RD 459/2010, de 16 de abril, por el que se regulan las condiciones para  
el reconocimiento de efectos profesionales a títulos extranjeros de especialista en Ciencias de la Salud,  
obtenidos en Estados no miembros de la Unión Europea).

### DECLARA que,

1. Reconoce que los pacientes tienen derechos, entre otros, al respeto:
  - a. De su personalidad, dignidad humana e intimidad y a la confidencialidad de toda la información relacionada con su proceso.
  - b. Del carácter confidencial de los datos referentes a su salud y a que nadie pueda acceder a los mismos sin previa autorización o reconocimiento legal.
2. Ha sido informado de que el acceso a la historia clínica debe realizarse preservando los datos de identificación personal del paciente, separados de los de carácter clínico asistencial, al objeto de que quede asegurado el anonimato, salvo que sea el propio paciente el que de su consentimiento para no separarlos.
3. Reconoce el deber de mantener secreto respecto a la información a la que acceda en el desarrollo de su actividad, comprometiéndose a prestar el máximo cuidado y confidencialidad en el manejo y custodia de cualquier información/documentación durante su período formativo y una vez concluido el mismo -Art. 10 ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal-.
4. Conoce que no puede transferir, duplicar o reproducir todo o parte de la información a la que tenga acceso con motivo de su actividad en el Centro, no pudiendo utilizar los

datos proporcionados por el mismo para finalidades distintas de la formación o aquellas otras para las que fuera autorizado por la dirección del Centro.

5. Conoce y acepta el Protocolo mediante el que se determinan pautas básicas destinadas a asegurar y proteger el derecho a la intimidad del paciente por los alumnos relacionados con las Ciencias de la Salud (Orden SSI/81/2017, de 19 de enero).
6. Está enterado de que es responsable personal de acatar el deber de confidencialidad y de que su incumplimiento puede tener consecuencias penales, disciplinarias o incluso civiles (vid. Anexo 1).
7. Ha recibido información e instrucciones adecuadas del Centro Sanitario en relación con los riesgos existentes, con las medidas de protección y prevención, así como sobre las medidas de emergencia a aplicar (vid. Anexo 2).

Por todo ello, se compromete a que su conducta en el Centro Sanitario se adecue a lo previsto en los apartados anteriores de esta declaración responsable, que se suscribe por duplicado,

En ....., a ..... De ..... de .....

Fdo.:

Ejemplar para el interesado

Ejemplar para el Centro Sanitario