

Dada la solicitud de la empresa _____, en la cual brindo servicios y siendo que el Consultorio Médico de Empresa se incorporará al programa de Consultorios Médicos Laborales (CML) de la INS Red de Servicios de Salud S.A., el suscrito, _____, por tener acceso a información de casos y pacientes, me comprometo a mantener la confidencialidad de toda información personal médica, así como a los datos obtenidos en el proceso de la atención de los trabajadores.

Declaro además que acepto lo siguiente:

- No divulgar a terceras personas el contenido de cualquier documentación o información, que sea parte del proceso de atención médica.
- No divulgar a terceros información médica, salvo los casos previstos por requerimiento legal.
- No permitir, fuera del personal de salud del consultorio médico, el manejo de documentación resultante de la atención médica.
- No hacer uso por beneficio propio o de la empresa, de documentación, información u otros datos de un paciente, a excepción que se convenga con el usuario para un beneficio de la salud de este.
- No realizar copias no autorizadas de la información a la que se tenga acceso.

Si por mis labores se tiene acceso a la documentación relativa al proceso de atención médica, asumo ética y responsablemente el manejo de esta información. Si por algún motivo faltase a cualquiera de mis compromisos, acepto mi responsabilidad por cada uno de mis actos y posibles consecuencias.

Declaro haber leído, entendido y aceptar los términos de este compromiso:

Nombre completo: _____

Cédula: _____

Firmado en _____ a los _____ días del mes de _____ del año _____

Firma

Puesto: _____

Sello de la empresa

Firma de recibido

Nombre completo: _____

Puesto: _____

Sello de la INS Red de Servicios de Salud S.A.