

El que suscribe, en calidad de ....., dejo debida constancia de mi obligación de confidencialidad con relación a la información médica y demás documentación a la que acceda con motivo de ....., sea de **Fleni** o de los pacientes involucrados.

A tal efecto se considerará confidencial toda aquella información, datos y documentos relacionados con la salud de los pacientes y demás elementos que surjan de las historias clínicas y demás documentación médica a la que acceda así como de los Protocolos de Investigación, al igual que la información relacionada con la identidad de los pacientes. Igual obligación de confidencialidad regirá para todos los estudios y evaluaciones realizadas a pacientes, incluidos los estudios de imágenes (Tomografías Computadas, Resonancias Magnéticas, Medicina Nuclear, Tomografía por Emisión de Positrones, etc.) y sistemas informativos a los que tenga acceso.

Entiendo y comprendo que la confidencialidad de la precitada información es de suma importancia y que su revelación a terceros implicará un incumplimiento de mi parte y además podría provocar graves perjuicios para **Fleni**.

Por lo tanto me obligo a mantener toda esta información de modo estrictamente confidencial y en absoluto secreto y reserva y a no revelar, divulgar bajo cualquier modalidad o permitir que terceros accedan a toda o parte de dicha información, aún finalizada mi actividad o participación en **Fleni**. Esta obligación implica también la de adoptar todos los recaudos para que en ocasión de las tareas a desarrollar esa información confidencial no sea exteriorizada en forma indebida, dando estricto cumplimiento a las disposiciones de la ley 25.326.

Esta obligación de confidencialidad no regirá en los siguientes supuestos: a) Si en adelante se convirtiera por otros medios en información de dominio público; b) si se exigiera su revelación según las normas del derecho vigente o mediante una orden, decreto, reglamentación o normas gubernamentales.

Finalizada mi asistencia a **Fleni**, por cualquier causa que fuere, me obligo a no divulgar y/o restituirle en forma inmediata toda la información, datos, estudios y demás elementos en mi poder, renunciando expresamente al derecho de retención.

Buenos Aires, \_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

Nombre y Apellido: .....

Tipo y número de Documento:.....

\_\_\_\_\_  
Firma

Personal de Fleni Responsable: .....  
(Se deberá remitir copia digitalizada de este documento al sector responsable de Habeas Data en Fleni.)