

Buenos Aires,de..... de 20.....

La/El que suscribeen carácter de
Gestor de Acceso de Nivel Central/Región Sanitaria/Municipio de
.....

Declaro bajo juramento conocer que la información contenida en la Historia de Salud Integrada HSI es confidencial y se encuentra protegida por Ley N° 26.529 de derechos del paciente, historia clínica y consentimiento informado, y su decreto reglamentario, la Ley Provincial N° 14.494 de Historia clínica electrónica y la Ley N° 25.326 protección de los datos personales.

Asimismo, tomo conocimiento de las siguientes responsabilidades del Usuario Gestor de accesos:

- Poner en práctica las recomendaciones propuestas en el documento de buenas prácticas para usuarios de la Historia de Salud Integrada que será enviado junto con las credenciales de acceso y las actualizaciones que pudieran ser notificadas.
- Transmitir mediante comunicaciones, talleres o cursos las recomendaciones de buenas prácticas hacia los usuarios que estén bajo su responsabilidad.
- Guardar la máxima reserva y secreto sobre la información personal a que acceda en virtud de las funciones encomendadas.
- Utilizar los datos de carácter personal a los que tenga acceso, única y exclusivamente para cumplir con las responsabilidades en el ejercicio de mis funciones y cargo.
- 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.

- Responder con celeridad ante cualquier hecho, generando los informes correspondientes y proveyendo toda la documentación formal correspondiente
- Notificar al Ministerio de Salud de la Prov. De Buenos Aires vía la plataforma de soporte a usuarios, que su responsabilidad como Gestor de accesos ha caducado, en caso de cese de funciones de dicho rol y/o cese de funciones dentro del establecimiento.
- Tomar los recaudos necesarios para cumplir las obligaciones y responsabilidades del rol de usuario Gestor de accesos, en caso de licencias planificadas. Para estos casos se sugiere solicitar el alta de usuario administrador a otra/o referente del equipo.

.....
Firma

.....
Aclaración

.....
DNI