|  |
| --- |
| **ACUERDO DE CONFIDENCIALIDAD PARA PERSONA DE APOYO**  **NOMBRE DEL PACIENTE :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **IDENTIFICACION DEL PACIENTE:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **NUMERO DE CONTACTO DEL PACIENTE**:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |
| --- |
| EN CALIDAD DE PERSONA DE APOYO, participé el (dd/mm/aa)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_en la inmediación para que una persona con discapacidad emita su consentimiento informado, trasladando a esta ultima la información sobre los apoyos, ajustes razonables y salvaguardias utilizados, así como facilitando al paciente la comprensión del documento consentimiento informado que fue suministrado por el Hospital Regional de Moniquirá ESE.  En ese sentido, me obligo a no divulgar a terceras partes, la “*Información confidencial*”, que recibí por parte del Hospital ni del paciente con discapacidad, ni la información contenida en la Historia clínica del paciente, de la cual pude tener conocimiento como resultado del apoyo que efectué y a darle a dicha información el mismo tratamiento que le daría a la información confidencial de mi propiedad.  Para efectos de la presente acta, “Información Confidencial” comprende toda la información divulgada por El Hospital y por el paciente, ya sea en forma oral, visual, escrita, grabada en medios magnéticos o en cualquier otra forma tangible y que se encuentre claramente marcada como tal al ser entregada a la parte receptora.  Para el caso del manejo de información que incluya datos personales, daré estricto cumplimiento a las disposiciones constitucionales y legales sobre la protección del derecho fundamental de habeas data, en particular lo dispuesto en el artículo 15 de la Constitución Política y la ley 1581 de 2012.  En caso de incumplir parcial o totalmente con las obligaciones establecidas en la presente acta, seré responsable de los daños y perjuicios que dicho incumplimiento llegase a ocasionar al Hospital o al paciente. |

En constancia se firma, siendo el día \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ del mes de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ del año \_\_\_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre de la persona de apoyo : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

C.C.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_