

Declaración responsable del personal en formación

D./Dña.

con NIF/NIE/PASAPORTE número

como personal en formación en el HOSPITAL UNIVERSITARIO FUNDACIÓN JIMÉNEZ DÍAZ (HUFJD) o en INSTITUTO DE INVESTIGACION SANITARIA FUNDACIÓN JIMÉNEZ DÍAZ (IISFJD) en su condición de:

- **Alumno universitario de Grado**

- | | | | |
|---|---|--------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Medicina | <input type="checkbox"/> Farmacia | <input type="checkbox"/> Enfermería | <input type="checkbox"/> Biología |
| <input type="checkbox"/> Fisioterapia | <input type="checkbox"/> Terapia Ocupacional | <input type="checkbox"/> Logopedia | <input type="checkbox"/> Podología |
| <input type="checkbox"/> Óptica-optometría | <input type="checkbox"/> Dietista-nutricionista | <input type="checkbox"/> Odontología | <input type="checkbox"/> Bioquímica |
| <input type="checkbox"/> otra (especificar) | | | |

- **Alumno universitario de posgrado/investigadores**

- | | | | |
|---------------------------------|------------------------------------|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Máster | <input type="checkbox"/> Doctorado | <input type="checkbox"/> Título propio | <input type="checkbox"/> Investigador |
|---------------------------------|------------------------------------|--|---------------------------------------|

- **Alumno de formación profesional de la familia sanitaria**

- | |
|---|
| <input type="checkbox"/> Técnico de grado medio en |
| <input type="checkbox"/> Técnico de grado superior en |

- **Graduado en ciencias de la salud en programa de formación especializada (residencia), especialistas nacionales o extranjeros con estancias formativas en el HUFJD, graduados en ciencias de la salud con estancias formativas en el área de investigación (IISFJD)**

- | |
|--|
| <input type="checkbox"/> 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) |
| <input type="checkbox"/> Residente de la especialidad de _____ en rotación externa en nuestro centro, procedente de (nombre del centro sanitario de origen) |
| <input type="checkbox"/> Residente o especialista de la especialidad de _____ en rotación externa o periodo de prácticas en nuestra institución desde un centro extranjero y cuya estancia formativa ha sido autorizada por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (Art. 21 RD 183/2008, de 8 de febrero) |
| <input type="checkbox"/> Especialista de la especialidad de _____ en estancia formativa en
<input type="checkbox"/> HUFJD <input type="checkbox"/> IISFJD |
| <input type="checkbox"/> Graduado en ciencias de la salud en (especificar el grado obtenido) _____ en estancia formativa en el IISFJD no recogida en anteriores apartados |

DECLARA que,

1. Conoce los derechos de que disponen los pacientes reconocidos en la legislación vigente, entre otras, Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad; Ley 12/2001, de 21 de diciembre, de Ordenación Sanitaria de la Comunidad de Madrid y Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de los derechos y obligaciones en materia de

Protección de datos.- Responsable del Tratamiento: Fundación Jiménez Díaz U.T.E. **Procedencia:** el propio interesado.

Finalidad del tratamiento: gestionar su solicitud de estancia formativa y eventualmente de la estancia y de las evaluaciones que procedan. **Conservación:** finalizado el proceso, eliminaremos todos los datos y documentos aportados en menos de 1 mes, salvo los que por normativa deban ser custodiados durante los plazos legalmente establecidos. **Legitimación:** consentimiento del interesado. **Destinatarios:** No se ceden datos a terceros salvo en los casos legalmente establecidos.

Derechos: Podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, supresión, oposición, portabilidad y limitación del tratamiento o revocar el consentimiento prestado tal como se establece en la información adicional (<https://www.fjd.es/es/politica-proteccion-datos>) con la referencia "Derechos de Protección de Datos: estancias formativas".

Declaración responsable del personal en formación

información y documentación clínica; y reconoce que los pacientes tienen derechos, entre otros, al respeto:

- 1.1. De su personalidad, dignidad humana e intimidad y a la confidencialidad de toda la información relacionada con su proceso.
- 1.2. 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- (vid. Anexo 1).
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 2).
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 3).

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 nuestro centro

Protección de datos.- Responsable del Tratamiento: Fundación Jiménez Díaz U.T.E. **Procedencia:** el propio interesado. **Finalidad del tratamiento:** gestionar su solicitud de estancia formativa y eventualmente de la estancia y de las evaluaciones que procedan. **Conservación:** finalizado el proceso, eliminaremos todos los datos y documentos aportados en menos de 1 mes, salvo los que por normativa deban ser custodiados durante los plazos legalmente establecidos. **Legitimación:** consentimiento del interesado. **Destinatarios:** No se ceden datos a terceros salvo en los casos legalmente establecidos. **Derechos:** Podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, supresión, oposición, portabilidad y limitación del tratamiento o revocar el consentimiento prestado tal como se establece en la información adicional (<https://www.fjd.es/es/politica-proteccion-datos>) con la referencia "Derechos de Protección de Datos: estancias formativas".