San Luis Potosí, S.L.P., a _____de _____del 202__

CARTA DE CONFIDENCIALIDAD Y CONOCIMIENTO DE NORMATIVA

Por medio de la presente la / el que suscribe_____, pasante de servicio social de _____, mayor de edad y en plenas facultades mentales, me comprometo a no divulgar ni utilizar en mi conveniencia, no servirme personalmente, ni proporcionar a terceras personas verbalmente o por escrito, directa o indirectamente información obtenida durante mi desarrollo de mis actividades dentro del Hospital Central "Dr. Ignacio Morones Prieto".

Así mismo, me comprometo a que, en caso de necesitar información alguna, ésta deberá ser solicitada al Médico Responsable del Servicio, dejando constancia de ellos, quedando estrictamente prohibido tener datos que identifiquen al paciente.

Aunado a lo anterior, me comprometo a no utilizar dispositivos electrónicos con fines de grabación de audio o video, durante el desarrollo de mis actividades dentro de este Hospital.

Además, hago constar de que conozco el Código de Conducta para el personal del Hospital Central, así como el Reglamento interno de Servicio Social, los cuales se encuentran en la página de la Subdirección de Educación e Investigación en Salud de esta institución (https://www.ensenanza.hospitalcentral.gob.mx/normativaint). De la misma manera, confirmo haber recibido curso de inducción.

Para el caso contrario, quedo sujeto a Responsabilidad Civil por daños y perjuicios que causaré al Hospital Central "Dr. Ignacio Morones Prieto", así como a las sanciones internas y/o de carácter penal a que me hiciera acreedor.

ATENTAMENTE

_____

Firma