



Gobierno de
México

IMSS BIENESTAR
SERVICIOS PÚBLICOS DE SALUD



HOSPITAL REGIONAL
ALTA ESPECIALIDAD
DR. IGNACIO MORONES PRIETO
SAN LUIS POTOSÍ



San Luis Potosí, S.L.P., a ___de_____ del 202__

CARTA DE CONFIDENCIALIDAD PARA PRACTICAS PROFESIONALES

Por medio de la presente el/la que suscribe _____,
Estudiante de _____, mayor de edad y en plenas facultades mentales, me comprometo a no divulgar ni utilizar en mi conveniencia, ni proporcionar a terceras personas verbalmente o por escrito, de forma directa y/o indirecta información obtenida durante el desarrollo de mis Prácticas Profesionales dentro del Hospital Regional de Alta Especialidad Dr. Ignacio Morones Prieto.

Así mismo, me comprometo a que en caso de requerir alguna información esta deberá ser solicitada al médico responsable del Servicio dejando constancia de ello y quedando estrictamente prohibido obtener datos que identifiquen al paciente.

Además, me comprometo a no utilizar dispositivos electrónicos con fines de grabación de audio y/o video así como fotografías, durante el desarrollo de mis prácticas profesionales dentro del Hospital.

Hago constar que conozco el Código de Conducta de este Hospital, así como el reglamento Interno para externos de pregrado, el cual se encuentra en la página de la Subdirección de Educación e Investigación en Salud de esta Institución (<https://www.ensenanza.hospitalcentral.gob.mx/normativa>)

En caso contrario, quedo sujeto (a) a responsabilidad civil por daños y perjuicios que causare al Hospital Regional de Alta Especialidad Dr. Ignacio Morones Prieto, así como a las sanciones internas y/o de carácter penal a que me hiciera acreedor (a).

ATENTAMENTE

NOMBRE Y FIRMA