**ACUERDO DE CONFIDENCIALIDAD**

**PARA REALIZAR EL TRABAJO COMUNAL UNIVERSITARIO**

**EN LAS UNIDADES DOCENTES DE LA CAJA COSTARRICENSE DEL SEGURO SOCIAL**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Yo, |  | , mayor, |  |
|  | Nombre del tutor |  | Nacionalidad |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | , |  |
| Profesión |  | Documento de identidad |

, en mi condición de docente responsable del **Proyecto de Trabajo Comunal Universitario**, manifiesto mi voluntad y compromiso de observar las siguientes disposiciones y que se aplicará lo estipulado en la Ley 8239 *“Derechos y deberes de las personas usuarias de los servicios de salud públicos y privados”* y en el “*Reglamento del expediente de salud”*, así como lo dispuesto en el Código de Ética de la Institución:

**CLAUSULA PRIMERA:** Que entiendo y acepto que las personas usuarias de los servicios de salud que brinda la Caja Costarricense de Seguro Social tienen derecho a recibir un trato digno con respeto, consideración y amabilidad.

**CLÁUSULA SEGUNDA:** Que entiendo y acepto que el funcionamiento del Trabajo Comunal Universitario deberá realizarse bajo la responsabilidad directa de mi persona junto con el personal de enlace del centro docente asistencial universitario (CEDAU) donde se realiza la actividad.

**CLAUSULA TERCERA:** Que entiendo y acepto que no llevaré junto con los estudiantes del TCU a cabo actividades clínicas que tengan relación directa con el paciente y que el contenido del expediente de salud es confidencial y quedo obligado a respetar esa condición. La violación a esta disposición, se considerará falta grave, para todos los efectos legales y administrativos, sin perjuicio de las demás responsabilidades, penales y civiles que de ello se derive, de acuerdo a lo establecido en la ley 8239 *“Derechos y deberes de las personas usuarias de los servicios de salud públicos y privados*”, en el “*Reglamento del Expediente de Salud*” y en el “*Reglamento General de Hospitales Nacionales de la Caja Costarricense de Seguro Social*”.

**CLAUSULA CUARTA**: Que entiendo que solo se llevarán a cabo actividades comunitarias educativas de prevención y promoción en el servicio, durante el horario y período de tiempo autorizado.

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Firmo en la Ciudad de | |  | | , a las |  | | horas, del día |
|  | | Especificar lugar | |  | Especificar hora | |  |
|  | , del año dos mil | |  | | |
| Especificar día |  | | Especificar año | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| Nombre del Tutor |  | Firma |