



Departamento de Salud – Programa de Cernimiento Auditivo Neonatal Universal
P.O. Box 70184, San Juan, PR 00936-8184
Teléfono: (787) 765-2929, Ext. 4543, 4696, 4592, 4577, 4593

ACUERDO DE CONFIDENCIALIDAD Y NO-DIVULGACIÓN

La información organizacional, que incluye, pero no se limita a información financiera, información de salud protegida que identifique al cliente y/o participante, información que identifique al empleado, propiedad intelectual, contractual o que pueda conceder una ventaja competitiva, de cual fuente o en cualquier forma (papel, magnética, óptica, conversaciones, etc.) puede ser considerada confidencial. La confidencialidad, integridad y disponibilidad de esta información debe ser preservada. El valor y sensibilidad de esta información está protegida por Ley y por las políticas del **Departamento de Salud**. La intención de estas leyes y políticas es asegurar que la información se mantenga confidencial y se use con el único propósito de cumplir y llevar a cabo nuestra misión.

Por tales motivos, a todos los empleados/usuarios del sistema de rastreo “**Puerto Rico Early Hearing Detection and Intervention Information System**” (PR EHDI-IS) se les requiere firmar un acuerdo de confidencialidad donde los empleados/usuarios:

- Se comprometen a cumplir con todas las leyes y reglamentaciones estatales y federales, presentes y futuras, y con las políticas y procedimientos del **Departamento de Salud**, relacionadas con la recopilación, almacenamiento, recuperación y diseminación de información de salud o financiera de sus clientes y/o participantes relacionada con el sistema.
- Se comprometen a limitar el acceso a la información suministrada por el **Departamento de Salud**, a aquellos empleados/usuarios que estén autorizados para verificar el estatus y/o elegibilidad de servicios o entrar al sistema o a los archivos del sistema para entrar, modificar, revisar información de clientes /participantes en el sistema.
- Acuerdan ejercer la debida diligencia y cuidado al asignar personal para acceder a la información de salud de los clientes / participantes del sistema PR EHDI-IS del **Departamento de Salud-Programa de Cernimiento Auditivo Neonatal Universal**.
- Se comprometen a respetar la confidencialidad de la información confidencial del **Departamento de Salud-PR EHDI-IS**, incluso después de cesar sus labores como usuario/empleado de la institución para la cual trabaja, ya sea por traslado a otra área de la institución, renuncia o despido.

Cada declaración de confidencialidad será mantenida en archivo. El nombre de la persona que suministra y/o manipula información en el sistema es parte del registro de los sistemas del Departamento de Salud. El **Departamento de Salud** verificará que las personas estén autorizadas a entrar información. Se acuerda, además, suministrar los nombres de todo el personal que tiene acceso a información de salud o financiera de pacientes/clientes a través del **PR EHDI-IS** del **Departamento de Salud-Programa de Cernimiento Auditivo Neonatal Universal**, según lo provisto por este acuerdo. Además, el **Departamento de Salud-Programa de Cernimiento Auditivo Neonatal Universal** se reserva el derecho de desautorizar acceso a la información de salud o financiera de sus clientes a cualquier individuo, con o sin razón, y reanudar el suministro de dicha información una vez se asegure satisfactoriamente que las violaciones no ocurrieron o que las mismas han sido corregidas o eliminadas. Por su parte, el **Departamento de Salud**, por medio de su personal será responsable del mantenimiento, cuidado y seguridad de todos sus archivos y por el adiestramiento de su personal con relación a la utilización correcta del Sistema manteniendo la confidencialidad de la información del Sistema.

DECLARACIÓN DE CONFIDENCIALIDAD

Conforme a lo antes expuesto, Yo _____, funcionario de _____ como usuario del “Puerto Rico Early Hearing Detection and Intervention Information System (PR EHDI-IS), acepto y me comprometo a mantener en la más estricta confidencialidad la información de salud obtenida y/o manejada en y/o para el **Departamento de Salud-Programa de Cernimiento Auditivo Neonatal Universal y el PR EHDI-IS**, siguiendo los cánones, políticas y métodos del **Departamento de Salud**. Dicha información solo será utilizada para el servicio de los clientes/participantes en el **Departamento de Salud-Programa de Cernimiento Auditivo Neonatal Universal**.

Al firmar este documento acepto que cualquier violación a la privacidad, confidencialidad y/o seguridad de la información de salud de los clientes/participantes, más allá de aquellos naturales e inevitables dentro del ambiente de trabajo en que se proveen los servicios, resultará en la terminación inmediata de acceso al Sistema de rastreo PR EHDI-IS mediante la cancelación inmediata del nombre de usuario y contraseña, o hasta otras consecuencias de índole legal y/o penal de acuerdo a la magnitud del daño ocasionado.

Firma del Usuario o Empleado:	Fecha:
Nombre de usuario (username) en el sistema PREHDI-IS:	
Correo electrónico del Usuario o Empleado (favor indicar su correo electrónico del trabajo, no el personal):	
Nombre Representante de la Entidad:	Fecha:
Firma del Representante de la Entidad:	Nombre de la Entidad:

Acuerdo de Confidencialidad y No Divulgación, dic. 2020 (Este documento se renovará cada seis (6) meses o cada año)