San Luis Potosí, S.L.P. a\_\_\_\_\_\_de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_del 202\_\_.

**CARTA DE CONFIDENCIALIDAD**

Por medio de la presente el que suscribe\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, mayor de edad y en plenas facultades mentales, me comprometo a no divulgar ni utilizar en mi conveniencia, ni 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, esta deberá ser solicitada al Médico Responsable del Servicio, dejando constancia de ello, quedando estrictamente prohibido tener datos que identifiquen al paciente.

Aunado a lo anterior, me comprometo a no utilizar teléfono celular, cámaras fotográficas, de video ni cualquier medio digital durante el desarrollo de mis actividades dentro de este Hospital.

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