



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 en un plan, información que identifique al empleado, propiedad intelectual, contractual o que pueda conceder una ventaja competitiva, de cualquier 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 Depto. de Salud-Prog. de Vacunación. 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 se requiere firmar un acuerdo de confidencialidad donde los empleados:

- Se comprometen a cumplir con todas las leyes y reglamentaciones estatales y federales, presentes y futuras, y con las políticas públicas y procedimientos del Depto. de Salud-Prog. de Vacunación, relacionada con la recopilación, almacenamiento, recuperación y diseminación de información de salud o financiera de sus clientes y/o asegurados y/o participantes en un plan de salud.
- Se comprometen a limitar el acceso a la información suministrada por el Depto. de Salud-Prog. de Vacunación, a aquellos empleados que estén autorizados para verificar elegibilidad de servicios o entrar a los archivos del sistema para proveer el servicio contratado y/o suministrado.
- Acuerdan ejercer la debida diligencia y cuidado al asignar personal para acceder la información de salud de los clientes del Depto. de Salud-Prog. de Vacunación.
- Se comprometen a respetar la confidencialidad de la información confidencial del Depto. de Salud-Prog. de Vacunación, incluso después de cesar sus labores como empleado de la institución para la cual trabaja, ya sea por renuncia o despido.

Cada declaración de confidencialidad será mantenida en archivo. El nombre de la persona que suministra y/o manipula información en los sistemas es parte del registro de los sistemas. Se podrá verificar 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 del Depto. de Salud-Prog. de Vacunación y certificar que el personal está autorizado para tener acceso a dicha información, según lo provisto por este Acuerdo. Además, el Depto. de Salud-Prog. de Vacunación 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 Depto. de Salud-Prog. de Vacunación, por medio de su personal será responsable del mantenimiento, exactitud y seguridad de todos sus archivos y por el adiestramiento de su personal con relación a la confidencialidad del sistema.

Declaración de Confidencialidad

Conforme a lo antes expuesto, yo, como usuario del Sistema Electrónico de Vacunación de Puerto Rico (PREIS, por sus siglas en inglés), acepto y me comprometo a mantener en la más estricta confidencialidad la información de salud obtenida y/o manejada en y/o para el Depto. de Salud-Prog. de Vacunación, siguiendo los cánones, políticas y métodos del Depto. de Salud-Prog. de Vacunación. Dicha información sólo será utilizada para el servicio de los clientes del Depto. de Salud-Prog. de Vacunación.

Al firmar este documento acepto que cualquier violación a la privacidad, confidencialidad y/o seguridad de la información de salud de los clientes, 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 Electrónico de Vacunación de Puerto Rico 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 de la Persona o Empleado
Nombre del Representante de la Entidad
Firma del Representante de la Entidad

Fecha
Fecha

Nombre de la Entidad: _____ Clase de Entidad: Pública () Privada () # PIN: _____