

**Acuerdo de confidencialidad para los empleados
Employee Confidentiality Agreement**

Reconozco que, en el desempeño de las funciones que se me han asignado en _____, puedo tener acceso a información de salud confidencial, utilizarla o divulgarla. Por la presente, me comprometo a tratar dicha información de forma confidencial en todo momento, tanto durante como después de mi relación laboral, y me comprometo a cumplir con las siguientes obligaciones:

- Utilizaré y divulgaré información de salud confidencial únicamente en relación con, y con el propósito de, desempeñar las funciones que se me hayan asignado.
- Solicitaré, obtendré o comunicaré información de salud confidencial solo en la medida en que sea necesario para desempeñar las funciones que se me hayan asignado, y me abstendré de solicitar, obtener o comunicar más información de salud confidencial de la necesaria para cumplir con dichas funciones.
- Tomaré las precauciones razonables para proteger adecuadamente la información de salud confidencial almacenada en mi computadora y tomaré medidas para garantizar que otras personas no puedan ver ni acceder a dicha información. Cuando me aleje de mi estación de trabajo o cuando haya terminado mis labores, cerraré la sesión de mi computadora o utilizaré un salvapantallas protegido con contraseña para impedir el acceso de usuarios no autorizados.
- No revelaré mi(s) contraseña(s) personal(es) a nadie sin el permiso expreso por escrito de mi jefe de departamento, ni la(s) anotaré o colocaré en un lugar accesible, y me abstendré de realizar cualquier labor utilizando la contraseña de otra persona.
- Documentaré todas las divulgaciones de información de salud confidencial, incluidas aquellas autorizadas por los clientes de _____ y cualquier divulgación accidental, en el expediente correspondiente del cliente.

Entiendo que, como empleado de _____, tengo la obligación de realizar anualmente una formación sobre la confidencialidad de los datos de los clientes o sobre la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos (Health Insurance Portability and Accountability Act - HIPAA), y al firmar este acuerdo, confirmo que he completado dicha formación en los últimos doce meses.

Asimismo, entiendo y acepto que el incumplimiento de cualquiera de las obligaciones establecidas en el presente contrato o la violación de cualquiera de sus términos dará lugar a las medidas disciplinarias pertinentes, que podrán incluir, entre otras, la terminación del contrato de trabajo.

Firma: Empleado: _____

Nombre: Empleado (en letra de molde): _____ Fecha de la firma: _____