

CONDICIONES INSTITUCIONALES DE DESEMPEÑO PARA EL PERSONAL EN FORMACIÓN

Por la presente y en mi calidad de RESIDENTE/BECARIO/ROTANTE/PASANTE/VISITANTE/CURSISTA/CARRERISTA asistiré al Hospital de Pediatría S.A.M.I.C. "Prof. Dr. Juan P. Garrahan", en adelante EL HOSPITAL, en el marco de los objetivos de mi programa de capacitación/investigación. Este documento da constancia que **conozco, acepto y me comprometo a cumplir con las siguientes condiciones durante mi asistencia al Hospital de Pediatría Prof. Dr. Juan P Garrahan:**

- 1) Toda mi actividad en EL HOSPITAL se encontrará **bajo supervisión** directa del responsable de mi programa de formación/investigación o de quien éste designe. Mi autonomía para la realización de prácticas asistenciales acorde a la adquisición de competencias será evaluada y comunicada periódicamente por mi director o responsable de programa junto con el jefe del sector donde me desempeño.
- 2) Comprendo que mi práctica asistencial deberá enmarcarse en un todo de acuerdo con la **normativa vigente y obligatoria en la jurisdicción de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires** en lo que se refiere a matrículas y/o licencias que habilitan el ejercicio profesional.
- 3) Cumpliré estrictamente con las normativas hospitalarias que regulan las actividades asistenciales, educativas y de investigación.
- 4) Toda mi actividad se registrará bajo la aplicación de las Guías de Buena Práctica Clínica, respetando y haciendo respetar los principios éticos de respeto, autonomía, beneficencia y no maleficencia de los pacientes y las familias que asisten al HOSPITAL.
- 5) Garantizaré una **actitud respetuosa hacia el paciente y sus familias**, asegurando la privacidad del paciente y su historial clínico, evitando su exposición en medios de comunicación masiva y/o medios alternativos, como ser redes sociales y/o nuevas tecnologías.
- 6) Comprendo que debo **mantener la confidencialidad de los pacientes** en todo momento, y que ésta ha de preservarse en textos, fotografías, imágenes e incluso, geolocalización de comentarios con los que pudiera identificarse algún paciente. La confidencialidad del paciente se aplica igualmente en Internet como a otros medios y redes sociales.
- 7) Mantendré una **actitud profesional frente a mi propia imagen y la de mis colegas**, No está permitido subir a redes sociales ni difundir por cualquier otra vía, comentarios y/o fotografías que sean tomadas durante el horario de trabajo de actividades realizadas por el equipo de salud (pases de sala, reuniones médicas, ateneos, festejos o cualquier situación que transcurra dentro del Hospital).
- 8) Toda la información hospitalaria incluyendo los datos de la historia clínica, registros u otras bases de datos son propiedad exclusiva del hospital y no pueden ser utilizadas ni ser motivo de cesión sin autorización previa.
- 9) Las actividades de investigación o registro de datos de pacientes deben contar con autorización institucional fehaciente de acuerdo con el marco regulatorio vigente.
- 10) Mi tarjeta identificatoria y mis credenciales para acceso a la Historia Clínica son **intransferibles**.
- 11) El no cumplimiento de estos requisitos implicará la suspensión inmediata de mi programa.

SOLO VISITANTES: *dada mi condición particular de observador, no tendré ninguna actividad asistencial directa.*