



Huixquilucan, Estado de México a _____ de _____ de 201_____.

ASUNTO: Formato de confidencialidad

A quien corresponda.

Por medio de la presente

El (La) Dr. (Dra.): _____

Consciente de la importancia del manejo de los datos según la Ley del INAI (Instituto Nacional de Transparencia, Acceso a la Información y Protección de Datos Personales), estoy de acuerdo en conservar bajo mi resguardo mi login y mi password así como la información a la que tenga acceso vía teleconsulta por el software de Robottinna.

Me comprometo a resguardar bajo mi responsabilidad el password y login de Robottinna Software que se me ha proporcionado para realizar Teleconsulta, así mismo me comprometo al manejo correcto y discreto de la información médica que se ponga a mi alcance a través de la Teleconsulta de los pacientes consultados por este medio. De igual manera autorizo que se tome una captura de pantalla de la Teleconsulta en donde salga mi imagen y mi nota médica.

ATENTAMENTE

Nombre del médico y firma