

DECLARACIÓN JURADA SIMPLE

En _____ a _____ de _____ de 200 __,

Yo, _____

CÉDULA DE IDENTIDAD N° _____

DECLARO:

- 1.- Que todos y cada uno de los datos consignados en el Formulario de Solicitud son efectivos.
- 2.- Que me comprometo a inhabilitarme para revisar una ficha clínica, cuando ello me signifique un conflicto de intereses, como por ejemplo:
 - Por tener una relación de amistad íntima o enemistad con el paciente, médico tratante, integrantes del equipo médico o médico que efectuó la certificación cuestionada, situación que pueda implicar un cuestionamiento de su desempeño.
 - Por tener parentesco de consanguinidad dentro del cuarto grado o de afinidad dentro del segundo con el paciente, médico tratante o médico que efectuó la certificación cuestionada.

Y en general por tener interés personal en el asunto de que se trate o represente los intereses que directamente pudiese tener la Isapre o el paciente en cuestión; ser administrador de sociedad o entidad interesada, o tener cuestión litigiosa pendiente con alguno de los interesados.
- 3.- Que estoy en conocimiento de la disposición legal del artículo 110 número 17, inciso segundo del DFL 1, del 2005, de Salud, que señala: “Las personas que incurran en falsedad en la certificación de enfermedades, lesiones, estados de salud, en las fechas de los diagnósticos o prestaciones otorgadas, serán sancionadas con las penas previstas en el artículo 202 del Código Penal”
- 4.- Que estoy en conocimiento que la incorporación al Registro, no importa vinculación de ninguna especie con la Superintendencia de Salud.
- 5.- Que estoy en conocimiento que la información contenida en las fichas clínicas, cuya revisión me pueda ser encargada, tiene el carácter de datos sensibles, conforme lo dispuesto en la Ley °19.628.

Firma (de puño y letra)