



## Declaración sobre NO Suspensión de Patria Potestad

Yo, ..... mayor de edad, con cédula de ciudadanía Nro.....y domiciliado en....., conector del Reglamento de Información Confidencial del Sistema de Salud, que en su artículo 7 dispone:

“Por documentos que contienen información de salud se entienden: historias clínicas, resultados de exámenes de laboratorio, imagenología y otros procedimientos, tarjetas de registro de atenciones médicas con indicación de diagnóstico y tratamientos, siendo los **datos consignados en ellos confidenciales**.

***(...)La autorización para el uso de estos documentos antes señalados, es potestad privativa del/a usuario/a o representante legal.”***

La persona entiende que si no cuenta con el consentimiento o la autorización legal de acceder a esta información recae en la sanción establecida en el artículo 178 del Código Orgánico Integral Penal vigente, con sanción de pena privativa de libertad de uno a tres años.

### **Por tal motivo, Declaro:**

Que no tengo suspensión de la Patria Potestad de mi hijo.....por lo cual puedo ejercer derechos y obligaciones sobre él/ella; y me responsabilizo en todo sentido por la declaración realizada, dejando a salvo de cualquier responsabilidad sobre este acto al “Hospital Carlos Andrade Marín”.

Para constancia de los efectos oportunos y legales que se desprenden de esta declaración, suscribo la presente en .....a .... de .....de 201...

.....  
**Firma Padre o Madre**

**C.I.**.....

