# ACUERDO DE CONFIDENCIALIDAD Y ACCESO AL SISTEMA ARIAS POR PARTE DE LA FUERZA LABORAL, EXPANSIÓN DE LA VIGILANCIA ACTIVA DE SALUD PÚBLICA DE OREGON

Como empleado/a, contratista de la División de Salud Pública (PHD, por sus siglas en inglés) de la Autoridad de Salud de Oregon (OHA, por sus siglas en inglés) o voluntario/a enviado por la PHD o una Autoridad de Salud Pública o Autoridad Tribal local, entiendo que puedo tener acceso a información, cuya confidencialidad está protegida por la ley de Oregon, acerca de personas con enfermedades de notificación obligatoria y contactos cercanos de personas con enfermedades de notificación obligatoria. Dicha información incluye información electrónica almacenada y administrada en el Sistema ARIAS, al cual tendré acceso como usuario para poder cumplir con las obligaciones de PHD. Al firmar este acuerdo, declaro que entiendo que estoy obligado/a por ley (Estatuto Modificado de Oregon 433.008) a proteger la información a la cual tengo acceso, y que acepto lo siguiente:

1. La información confidencial pueden estar en formatos como los siguientes: registros de vigilancia de salud pública o registros electrónicos e impresos de información obtenida durante una entrevista, o por otros medios. La información puede obtenerse de las personas afectadas o de otras fuentes.
2. La información confidencial a la que puedo tener acceso incluye, entre otras cosas, nombres, direcciones, números telefónicos, condiciones médicas, psicológicas y de salud, factores de riesgo, tratamientos, creencias religiosas, finanzas, situación de vivienda e historial social. Incluye información con la que se puede identificar a una persona específica, lo cual en ocasiones puede incluir datos demográficos. La naturaleza de la información y de las circunstancias bajo las cuales puede asociarse con una persona requiere que trate toda la información de forma confidencial.
3. Tendré acceso a la información únicamente para desempeñar las obligaciones relacionadas con mi puesto.
4. No divulgaré ninguna información confidencial a ninguna persona o entidad, excepto según lo autorizado por la OHA, de conformidad con las leyes aplicables. Referiré cualquier solicitud de información, incluidos los datos demográficos y de resumen, a mi supervisor para que la revise y dé una respuesta. Cumpliré con las leyes, reglas y políticas aplicables relacionadas con la protección de la información confidencial, incluido el Capítulo 943, División 14, de las OAR.
5. No hablaré sobre la información confidencial con ninguna persona que no esté autorizada por ley a conocer, ver o usar la información confidencial.
6. No tendré acceso ni trataré de tener acceso a información o registros a los cuales no esté autorizado/a a tener acceso como parte de mis obligaciones, incluyendo información o registros relacionados con mi persona, mi familia, amigos, compañeros de trabajo, celebridades, clientes u otras personas para mi propia información personal.
7. Protegeré la información confidencial cuando no la esté usando, antes de dejar mi estación de trabajo y cuando la mueva de un lugar a otro, de conformidad con las políticas y los procedimientos de la OHA.
8. Protegeré mi acceso al sistema ARIAS al bloquear mi computadora cuando me aleje de ella.
9. Compartiré la información confidencial de forma segura únicamente con las personas que tengan autorización para recibirla y únicamente de una manera segura, por ejemplo, por correo electrónico seguro, de conformidad con las políticas y los procedimientos de la OHA.
10. Respetaré las políticas y los procedimientos de la OHA relacionados con la destrucción de documentos impresos y la eliminación de los archivos electrónicos que contengan información confidencial.
11. Reportaré de inmediato cualquier violación, conocida o sospechada, de la confidencialidad o seguridad a mi supervisor y a la Oficina de Seguridad y Privacidad de la Información de la Autoridad de Salud de Oregon en <https://www.oregon.gov/oha/FOD/OIS-ISPO/Pages/Contact-Us.aspx>.
12. Protegeré mis llaves, contraseñas y códigos de seguridad en contra de cualquier pérdida, acceso no autorizado o uso no autorizado. No compartiré mi contraseña o códigos de seguridad con ninguna persona, y reportaré inmediatamente cualquier pérdida, divulgación o exposición a mi supervisor.
13. Entiendo que soy responsable de cualquier uso o mal uso del sistema ARIAS a través de mi cuenta y del uso o mal uso de cualquier información confidencial a la cual se acceda a través de mi cuenta o mediante el uso de mis llaves, contraseñas o códigos de seguridad.
14. No utilizaré la contraseña ni el código de seguridad de otra persona para acceder el sistema ARIAS o a la información confidencial.
15. Entiendo que estaré sujeto/a a una auditoría periódica de mis actividades de uso de datos y a una investigación de cualquier patrón irregular de uso de datos, y doy mi consentimiento para dicha auditoría periódica de mi uso del sistema ARIAS y mi uso de los datos, incluida la información confidencial.
16. Entiendo que una violación de la seguridad o confidencialidad puede ser motivo de una acción disciplinaria, la cual puede incluir la terminación del empleo o un procesamiento judicial. Entiendo que una violación del ORS 433.008 es un delito menor de Clase A. ORS 433.990(1).
17. Entiendo que estas obligaciones de confidencialidad no tienen fecha de vencimiento, y cumpliré con estas obligaciones relacionadas con el acceso, el uso y la divulgación, incluso después de que mi función en PHD termine o cambie de tal forma que ya no necesite tener acceso a la información confidencial que está sujeta al presente acuerdo.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nombre en letra de imprenta del usuario: | | | | | | | | |  | | | | | | | | | |
| Número de identificación de Citrix (*Número P o número OR*): | | | | | | | |  | | | | | o número de identificación  de Microsoft: | | | |  | |
| Firma del usuario: |  | | | | | | | | | | | | | | | Fecha: |  | |
| Correo electrónico del usuario: | | | | | |  | | | | | | | | | | | | |
| Teléfono del trabajo: | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Fecha de la capacitación en Seguridad  y Confidencialidad más reciente: | | | | | | | | | |  | | | | | | | | |
| Nombre en letra de imprenta del supervisor: | | | | | | | | | | |  | | | | | | | |
| Firma del supervisor: | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| Correo electrónico del supervisor: |  | | | | | | | | | | | | | Número de teléfono del supervisor: | | | |  |
| Nombre en letra de imprenta de la parte responsable general: | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |
| Firma de la parte responsable general: | | | |  | | | | | | | | | | | Fecha: | | |  |
| Dirección postal de la parte responsable general: | | | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| Mencione todas las jurisdicciones (condados) a las que el usuario tendrá acceso: | | | | | | | | | | | |  | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |