**Acuerdo de confidencialidad de la Administration for Community Living**

**Programa de Educación para el Autocontrol de Enfermedades Crónicas**

**Personal de recopilación e ingreso de datos**

No revelaré la información de identificación personal proporcionada por los participantes del taller del Programa de Educación para el Autocontrol de Enfermedades Crónicas (CDSME, por sus siglas en inglés). Más específicamente, no revelaré ninguno de los datos proporcionados en la Encuesta informativa sobre participantes y seguiré todas las medidas de seguridad estándares para la protección de esta información, incluyendo la transmisión de los formularios en sobres cerrados y su almacenamiento en lugares seguros y cerrados. Si participo en el ingreso de datos, solo los compartiré a través de la base de datos designada, segura, protegida con contraseña y autorizada por la Administration for Community Living. Después de ingresar los datos, destruiré los formularios.

Entiendo que la divulgación no autorizada de los datos de los participantes del CDSME puede exponerme a una medida administrativa disciplinaria y adversa.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre Firma

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Puesto / Título Fecha

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Organización