ACTA DE COMPROMISO PARA REALIZAR ESTUDIOS DE POSGRADOS

Doctor Arnoldo Zelaya

Coordinador General de los Posgrados de la FCM. UNAH.

Doctor.

Coordinador(a) del posgrado de

Yo mayor de edad, estado civil de nacionalidad con tarjeta de identidad número de profesión colegiación numero residente en

Declaro mi compromiso a dedicarme exclusivamente, a las actividades de carácter académico y asistencial que deberá llevarse a cabo en horario establecido, contemplando días hábiles, sábados, domingos, festivos y guardias rotativa de acuerdo a programación preestablecida, teniendo como prioridad la conservación de la vida de los pacientes de la institución. Cumplir con las leyes y reglamentos vigentes de la UNAH y las Instituciones de salud. Aceptando de antemano ante el no cumplimiento me someto a la sanción que dictaminen las autoridades.

Cumplir con mi juramento hecho en el momento de ser admitido como miembro de la profesión médica: PROMETO solemnemente consagrar mi vida al servicio de la humanidad, OTORGAR a mis maestros el respeto y gratitud que merecen, EJERCER mi profesión a conciencia y dignamente, Velar ante todo por la salud de mi paciente, GUARDAR Y RESPETAR los secretos confiados a mí, incluso después del fallecimiento del paciente, MANTENER, por todos los medios a mi alcance, el honor y las nobles tradiciones de la profesión médica, CONSIDERAR como hermanos y hermanas a mis colegas, NO PERMITIRÉ que consideraciones de edad, enfermedad o incapacidad, credo, origen étnico, sexo, nacionalidad, afiliación política, raza, orientación sexual, clase social o cualquier otro factor se interpongan entre mis deberes y mi paciente, VELAR con el máximo respeto por la vida humana, NO EMPLEAR mis conocimientos médicos para violar los derechos humanos y las libertades ciudadanas, incluso bajo amenaza, HAGO ESTAS PROMESAS solemne y libremente, bajo mi palabra de honor.

Y para constancia firmo la presente a los días del mes de del año 2023

Atentamente:

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

Firma Huella Índice Derecho