

# Especialistas por los Niños de Venezuela

Sesiones gratuitas de teleorientación especializada - Proyecto humanitario, gratuito y sin fines de lucro

## COMPROMISO DEL ESPECIALISTA VOLUNTARIO

Este documento formaliza la adhesión voluntaria del profesional al equipo de Especialistas por los Niños de Venezuela. Debe ser leído, aceptado y firmado antes de participar en cualquier sesión gratuita de teleorientación especializada.

### 1. Datos del especialista

Nombre completo

\_\_\_\_\_

Especialidad

\_\_\_\_\_

Profesión base

\_\_\_\_\_

Número de colegiatura, matrícula o licencia profesional

\_\_\_\_\_

País y jurisdicción donde ejerce la profesión

\_\_\_\_\_

País o ciudad desde donde realizará las sesiones

\_\_\_\_\_

Registro oficial consultado por la coordinación

\_\_\_\_\_

URL o fuente oficial consultada

\_\_\_\_\_

Institución o centro de trabajo, opcional

\_\_\_\_\_

Número de WhatsApp registrado

\_\_\_\_\_

Correo electrónico

\_\_\_\_\_

### 2. Naturaleza de mi participación

Participo de forma completamente gratuita y voluntaria, sin percibir remuneración, honorario, comisión, retribución, donación condicionada ni contraprestación alguna por las sesiones.

Actúo en mi capacidad individual como especialista voluntario/a, no como empleado/a, agente, socio/a, representante legal ni mandatario/a del proyecto.

Entiendo que la coordinación del proyecto, integrada por Dra. María Beatriz Durán desde Perú y la Lic. Francys Vargas

desde México, actúa como canal humanitario de conexión entre familias y especialistas, y no como empleador, centro de salud, clínica, consultorio, IPRESS ni institución prestadora formal de servicios de salud.

Actúo desde mi país o lugar de domicilio, bajo mi propia responsabilidad profesional, licencia, jurisdicción, formación, criterio técnico y normas éticas aplicables.

### 3. Compromisos asistenciales y límites de alcance

Brindaré exclusivamente teleorientación especializada, informativa, no vinculante y de apoyo inmediato.

No emitiré diagnósticos clínicos, psicológicos, psicopedagógicos o terapéuticos formales en nombre del proyecto.

No prescribiré medicamentos, no indicaré cambios de dosis, no suspenderé tratamientos ni emitiré recetas, órdenes

de exámenes, certificados, constancias, informes clínicos ni documentos con valor legal.

No crearé historia clínica oficial ni ofreceré seguimiento terapéutico continuo a través del proyecto.

Derivaré de forma inmediata a servicios locales de emergencia, salud, protección o autoridad competente cuando la

situación del menor lo requiera, y lo comunicaré a la coordinación.

Comunicaré a la coordinación cualquier situación de riesgo identificada durante o después de la sesión, incluyendo sospecha de abuso, maltrato, negligencia grave, explotación, ideación suicida, autolesión o riesgo para la vida o integridad del menor.

### 4. Confidencialidad, datos personales y seguridad digital

Mantendré confidencialidad absoluta sobre los datos de las familias y menores atendidos. Esta obligación se mantiene indefinidamente incluso después de finalizar mi participación.

Usaré los datos recibidos únicamente para la sesión asignada y no los copiaré, reenviaré, publicaré, almacenaré innecesariamente ni utilizaré para fines personales, comerciales, académicos, publicitarios o de captación de pacientes.

Borraré de mis dispositivos cualquier dato identificable de la familia una vez finalizada la coordinación de la sesión, salvo indicación documentada de la coordinación por motivo justificado.

No crearé grupos abiertos de mensajería con datos identificables de familias o menores.

Usaré dispositivos y cuentas razonablemente seguros, con contraseña, bloqueo de pantalla y, cuando sea posible, verificación en dos pasos.

Reportaré de inmediato a la coordinación cualquier pérdida, acceso indebido, filtración, envío equivocado, captura no autorizada o incidente de seguridad.

### 5. Protección infantil y conducta profesional

No atenderé a menores sin presencia, autorización o mediación del padre, madre, tutor legal o cuidador responsable.

No mantendré comunicación privada directa con menores fuera de la sesión coordinada ni por canales personales no autorizados.

Bajo ninguna circunstancia grabaré la sesión, ni por audio, ni por video, ni mediante capturas de pantalla. Tampoco solicitaré a la familia que la grabe.

No solicitaré fotografías íntimas, videos sensibles, imágenes innecesarias ni datos que no sean indispensables para

la orientación.

Mantendré un trato respetuoso, empático, prudente, no discriminatorio y culturalmente sensible con todas las familias.

No realizaré proselitismo político, religioso, comercial ni institucional durante la sesión.

## 6. Credenciales, habilitación y responsabilidad individual

Declaro que cuento con título profesional válido y colegiatura, matrícula, licencia o habilitación vigente en la jurisdicción donde ejerzo, según corresponda a mi profesión y país.

Autorizo a la coordinación a realizar una revisión documental básica y consulta de sitios web oficiales o registros públicos del país donde ejerzo para verificar razonablemente mi identidad profesional, especialidad o habilitación declarada.

Me comprometo a informar de inmediato cualquier suspensión, vencimiento, restricción, proceso disciplinario relevante o cambio en mi habilitación profesional.

Reconozco que cualquier orientación, comunicación, omisión, exceso de alcance o actuación profesional que realice durante mi participación es de mi responsabilidad individual.

Me abstendré de actuar fuera de mi competencia profesional, fuera de la jurisdicción donde me encuentro habilitado/a o fuera de los límites establecidos por este proyecto.

## 7. Prohibición de cobros, captación y uso indebido

No solicitaré pagos, donaciones, regalos, beneficios ni contraprestaciones a familias, cuidadores o terceros en nombre del proyecto.

No usaré el proyecto para captar pacientes privados, vender consultas, cursos, productos, medicamentos, suplementos, terapias, dispositivos, seguros o servicios externos.

No utilizaré el nombre, logo, documentos, perfiles, correos o canales del proyecto para fines distintos a la sesión asignada sin autorización expresa de la coordinación.

No derivaré a servicios privados propios o de terceros salvo que exista urgencia, necesidad legítima, transparencia con la familia y autorización o registro por coordinación.

## 8. Declaración final

He leído y acepto el Aviso de alcance, la Política de privacidad, los Términos y condiciones y este Compromiso del especialista voluntario.

Acepto que la coordinación puede suspender, retirar o limitar mi participación ante cualquier incumplimiento, queja, inconsistencia documental, riesgo para menores, cobro indebido o conducta inapropiada.

Entiendo que mi participación no crea relación laboral, societaria, comercial ni de representación legal con el proyecto.

\_\_\_\_\_  
Firma del especialista voluntario

\_\_\_\_\_  
Fecha

Verificado por coordinación Dra. María Beatriz Durán / Lic. Francys Vargas

\_\_\_\_\_  
Firma o confirmación de coordinación

### **Marco legal referencial principal**

Legislación peruana: Ley N° 30421, Ley Marco de Telesalud; Decreto Supremo N° 003-2019-SA; Decreto Legislativo N° 1490; Ley N° 26842, Ley General de Salud; Ley N° 29733, Ley de Protección de Datos Personales; Decreto Supremo N° 016-2024-JUS; Constitución Política del Perú, art. 2 numeral 6; Decreto Legislativo N° 1353; Código de los Niños y Adolescentes; Ley N° 30466 sobre interés superior del niño; Código Civil peruano, art. 1362, y demás normas peruanas aplicables.

Referencia complementaria por coordinación desde México: Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares de México y disposiciones aplicables, únicamente en lo que resulte pertinente por el acceso operativo a datos desde México por parte de la segunda coordinadora, sin desplazar el marco principal peruano del proyecto.