

DECLARACION DE RESGUARDO DE CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACION DEL ESTUDIO DE INVESTIGACION

Fecha carta:

| |
|----------------------------------|
| Nombre Investigador Responsable: |
| RUT: |
| Título estudio: |
| Código estudio: |
| Nombre del Servicio |
| Nombre del Centro: |

En mi calidad de Investigador Responsable de la conducción del estudio en referencia, declaro que:

| | | |
|--|-------|-----|
| Dispongo del apropiado lugar físico en las dependencias de la Clínica para mantener archivada confidencialmente la información del protocolo. | | |
| Dicho lugar es | | |
| Se mantendrá una copia en | | |
| Tanto las fichas clínicas como la información del protocolo sólo podrán ser revisadas por los profesionales a mi cargo autorizados y que formen parte del Equipo Investigador del Estudio (nómina adjunta). | | |
| Se resguardará absolutamente la identidad de los pacientes | | |
| Nombre Investigador/a Responsable | Firma | RUT |