**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 |