**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 |