|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Formulario de solicitud para revisión de Fichas Clínicas, Muestras de Serotecas, Tacos Histológicos y/o Fluidos Corporales** | | | |
| Título del Trabajo |  | | |
| Lugar en que se efectuará |  | | |
| Responsable del trabajo |  | | |
|  | Nombre | Profesión y Cargo | Función en este Proyecto |
| Lista de nombres de los participantes del trabajo (indicar función de cada uno) |  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| Resumen  (200 palabras) |  | | |
| Objetivos |  | | |
| Metodología  - Diseño de estudio: (observacional, caso control, descriptivo).  - Criterios de inclusión y exclusión  - Período de duración |  | | |
| Material a utilizar (especificar Nº muestral) |  | | |
| Especifique cómo se mantendrá la confidencialidad |  | | |
| Autorización del Jefe de Servicio y/o director del Departamento | Yo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Jefe del Servicio y/o Departamento de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, estoy en conocimiento de este trabajo y autorizo su realización.  Del mismo modo, declaro no ser coautor, ni tener participación en el estudio cuya realización se permite en este acto.  Fecha | | |
| Firma | | |

|  |  |
| --- | --- |
| **Carta de Compromiso del Investigador** | |
| Mediante el presente documento me comprometo a:  1.- Declarar mis potenciales conflictos de interés ante el Comité de Ética respectivo.  2.- Declaro conocer las leyes y normativas vigentes para la conducción correcta del proyecto.  3.- Hacer un informe final al término del estudio y reportarlo al comité.  4.- Comunicar al comité: auditorias, inspecciones o suspensión del estudio, enviando un informe con los resultados obtenidos hasta esa fecha, razones de la suspensión.  5.- Guardar la confidencialidad de los datos recogidos en la presente revisión.  6.- Declaro que solo haré uso de las fichas clínicas, después de contar con la autorización de la Dirección General HCUCH.  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Firma Investigador Principal | |
|  | Fecha |