

**ANEXO 3**  
**DECLARACION DE COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD DEL INVESTIGADOR**  
**(ARTICULO 19 N°15)**

Yo. ....

Investigador responsable del Protocolo .....

.....

Solicito la autorización al Comité de Ético Científico para realizar una revisión de antecedentes clínicos y/o demográficos en fuentes primarias tales como ficha clínica, dato de atención de urgencia (DAU) y/o bases de datos con la finalidad de llevar a cabo el estudio antes identificado.

**Como Investigador/a asumo la obligación de:**

- Realizar revisión sólo al interior del recinto hospitalario.
- No se fotocopiará ni fotografiarán los documentos solicitados.
- Registrar los datos en forma anónima en una planilla cuyo acceso sea mediante clave de lo cual el responsable es.....
- La identificación de pacientes o sus datos personales se mantendrán anónimos en cualquier presentación o comunicación que este estudio genere.
- No se tomará contacto con el paciente o sus familiares para solicitud de nuevos datos ni para comunicación de resultados.

Nombre y firma Investigador                      Rut                      Correo Electrónico

Nombre y firma Investigador                      Rut                      Correo Electrónico

Nombre y firma del Jefe Servicio

**FECHA:**

En este documento deben identificarse y firmar el/la investigador/a Principal, los co-investigadores y luego de esto requiere ser autorizado por la jefatura del Centro de Responsabilidad correspondiente.

Ministerio de Salud

NOTA: Este documento debe ser identificarse y firmar por el/la Investigador/a Principal, los co-investigadores y autorizado por la jefatura del Centro de Responsabilidad (UGC) correspondiente