



**Hospital Clínico
La Florida**
Dra. Eloísa Díaz Insunza



CARTA DE COMPROMISO PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

_____, investigador/a responsable del estudio _____,

solicita la autorización del Comité de Evaluación Ético Científico del Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente y del Hospital Clínico La Florida para realizar una revisión de fichas clínicas con relación a este estudio.

Asumo la obligación de:

- Realizar revisión sólo de los registros clínicos o base de datos, dentro del recinto hospitalario
- Registrar los datos en forma anónima en una planilla de registros con clave.
- 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 principal :

Rut:

Correo Electrónico:

Nombre y firma del Jefe Servicio:

Unidad:

Fecha: