**CARTA DE CONFIDENCIALIDAD**

Quito, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Yo,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_con C.C. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

En calidad de investigador principal y en representación de todos los investigadores *(Nombres y Apellidos de los investigadores)* del proyecto de investigación titulado \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Declaro que:

1. Me obligo expresamente a guardar sigilo, confidencialidad y reserva sobre el contenido de toda la información generada, verbal o escrita de los individuos, en relación con los registros médicos o fuentes de información a los que se autorice su acceso.
2. Los datos recolectados serán utilizados únicamente para los objetivos que se encuentran claramente establecidos en el protocolo de investigación.
3. No accederé a datos que no me estén autorizados, ni facilitaré a ninguna otra persona y/o institución que no participe en la investigación, la información física, verbal y/o digital que se me han proporcionado para esta investigación.
4. Guardaré reserva de los datos que nos sean facilitados por el Hospital Gineco Obstétrico Pediátrico de Nueva Aurora Luz Elena Arismendi, sin perjuicio de la difusión de los resultados a los cuales llegará la investigación realizada, así como me comprometo a informar si en el ejercicio de éstas investigaciones tuviere conflictos de intereses por cualquier motivo.
5. Declaro conocer la normativa aplicable en caso de incumplimientos a la confidencialidad que me obligo a guardar, así como en el caso de incumplimiento en cualquiera de los puntos constantes en el presente documento, me someteré a la normativa aplicable y el procedimiento establecido en la misma, adicionalmente declaro conocer las sanciones administrativas, civiles y/o penales que podría acarrear.
6. Declaro que los datos de confidencialidad obtenidos no serán revelados ni siquiera en el caso de mi desvinculación de la Institución, ni por la desvinculación de los miembros del equipo de investigadores y por lo tanto el presente tiene un plazo indefinido.

Atentamente,

Firma:

Nombre:

CI:

Correo electrónico:

Teléfono celular: