Toluca de Lerdo, Estado de México; a *dd* de *mm* de *aaaa.*

***(Nombre, apellido paterno y apellido materno del director general)***

**Director**

**Centro Médico Lic. Adolfo López Mateos**

**Presente**

**En atención:** C. Presidente del Comité de Ética en Investigación y

Presidente del Comité en Investigación Centro Médico

 Lic. Adolfo López Mateos

El que suscribe \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, presenta el documento titulado:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Por lo anterior HAGO CONSTAR que me comprometo a guardar una ESTRICTA CONFIDENCIALIDAD de los datos que se obtengan de la investigación en pacientes y/o personal de este Centro Médico, los que no podrán ser divulgados sin la autorización expresa de éste, ni podrán ser utilizados para publicaciones no autorizadas o ajenas a esta unidad médica. Lo anterior, una vez que este protocolo de investigación haya sido evaluado y aprobado tanto por el Director de este Centro Médico como por los Comités de Ética en Investigación y Comité de Investigación.

Asimismo, estoy enterado y me comprometo a mantener bajo resguardo toda documentación que esté relacionada con este estudio, incluso, regresar aquel material que se me haya entregado con fines de análisis y/o discusión, al igual que al término del estudio deberé entregar copia de los datos mismos, la cual podrá ser auditada por el Comité de Ética en Investigación y Comité de Investigación; así como entregar una copia electrónica de la base de datos generada.

En caso de que los datos sean requeridos para una publicación conjunta con otra institución, deberá notificarse a los comités arriba mencionados y solicitar su aprobación.

No obstante, me comprometo a mantener el compromiso de confidencialidad respecto a la información y material intercambiado, de forma indefinida tras la finalización del proyecto de investigación.

Nombre del Investigador Principal:

Fecha: *dd* de *mm* de *aaaa.*

Firma:

Nombre del(los) co-autor(es)

Fecha: *dd* de *mm* de *aaaa.*

Firma:

Nombre del(los) co-autor(es)

Fecha: *dd* de *mm* de *aaaa.*

Firma:

c.c.p. Interesado

c.c.p. Archivo