

FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN PARA REVISIÓN DE EXPEDIENTES CLÍNICOS. N°F03

Para: Jefatura del Servicio de Registros Médicos y Estadísticas, Hospital Santo Tomás

Por la presente, se notifica que la Dirección Médica General y la Coordinación de Docencia e Investigación ha aprobado la solicitud de inicio de la siguiente investigación que requiere revisión de expedientes clínicos:

Título del Estudio	
Comité de Bioética de Investigación	
Registro RESEGIS	

El acceso a los expedientes clínicos se autoriza únicamente a los investigadores abajo firmantes, quienes han sido incluidos en el protocolo aprobado y firman el compromiso de confidencialidad.

CONDICIONES Y COMPROMISO DEL EQUIPO DE INVESTIGACIÓN

Los investigadores aceptan que:

1. La revisión de los expedientes clínicos se llevará a cabo exclusivamente en las instalaciones designadas del Hospital Santo Tomás.
2. No se permitirá la toma de fotografías, capturas de pantalla ni la reproducción de información en medios externos sin la debida autorización.
3. Se garantizará la confidencialidad y protección de los datos conforme a las regulaciones de bioética y protección de datos personales.
4. La información obtenida será utilizada exclusivamente para los fines del estudio aprobado.
5. Se cumplirán todas las normativas institucionales y regulatorias vigentes.
6. El incumplimiento de estas condiciones podrá dar lugar a la revocación de la autorización y a sanciones correspondientes.
7. El investigador principal se compromete a garantizar el cumplimiento de estas normas por parte de todo el equipo.

Fechas estimadas de inicio _____ y culminación _____

Nombre Completo	Cédula/Pasaporte	Teléfono	Firma

Firma del Investigador Principal: _____ Fecha: _____

Coordinador Institucional de Docencia e Investigación

Fecha