



Anexo N.º 05

Formato de Modelo de carta del investigador(a) solicitando la revisión y aprobación del proyecto de investigación

Solicito: _____

Lugar y fecha: _____

Señor:

Director Ejecutivo

Hospital Carlos Lanfranco La Hoz

De mi consideración:

Yo, _____, identificado(a) con DNI N.º _____, en mi calidad de Investigador(a) Principal, me dirijo a usted para saludarlo cordialmente y, a la vez, solicitar la revisión y aprobación del Proyecto de Investigación titulado:

“ _____ ”.

El referido proyecto será ejecutado en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz, en estricto cumplimiento de las normas éticas, legales y administrativas vigentes, así como de los lineamientos establecidos por el Comité Institucional de Ética en Investigación (CIEI) y la normativa institucional correspondiente.

Para tal efecto, adjunto a la presente la documentación requerida, conforme a los lineamientos y procedimientos establecidos por la institución, a fin de continuar con el trámite de evaluación y autorización correspondiente.

Sin otro particular, y agradeciendo de antemano la atención que se sirva brindar a la presente solicitud, quedo de usted.

Atentamente,

Firma del Investigador(a)

Nombre completo: _____

DNI: _____

Correo electrónico: _____

Teléfono: _____



Anexo N.º 06
Formato del Modelo de la Carta de Compromiso del Investigador(a)

CARTA DE COMPROMISO DEL INVESTIGADOR (A)

Lugar y fecha

Yo, _____, identificado(a) con DNI N.º _____, investigador(a) principal del Proyecto de Investigación titulado: "_____", manifiesto mi compromiso de que, al haber obtenido las facilidades brindadas por el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz para la ejecución del presente proyecto ya sea mediante el acceso a datos estadísticos, revisión de historias clínicas, realización de entrevistas a pacientes o al personal de la institución, y/o aplicación de encuestas para la obtención de información cumpliré con las disposiciones institucionales establecidas.

En tal sentido, me comprometo expresamente a que, una vez concluido el proyecto de investigación y sustentada la tesis correspondiente, entregaré un **(01) ejemplar de la tesis debidamente empastada a la Unidad de Apoyo a la Docencia e Investigación** del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz, como constancia del uso responsable de la información y de las facilidades otorgadas.

Asimismo, declaro que el desarrollo del estudio se realizará respetando los principios éticos de la investigación, la confidencialidad de la información y la normativa vigente.

Firmo la presente en señal de conformidad.

Atentamente,

Firma del Investigador(a)

Nombre completo: _____

DNI: _____

Correo electrónico: _____

Teléfono: _____



Anexo N.º 07
Formato del Modelo de la Carta de Compromiso del Asesor (a)

CARTA DE COMPROMISO DEL ASESOR (A)

Lugar y fecha

Yo, _____, identificado(a) con DNI N.º _____, en mi calidad de asesor(a) del Proyecto de Investigación titulado: “ _____ ” del investigador (a) _____, manifiesto mi compromiso de brindar asesoramiento permanente, orientación académica y acompañamiento metodológico durante todas las etapas del desarrollo del proyecto de investigación, garantizando la calidad científica del estudio, así como el estricto cumplimiento de los principios éticos y de la normativa institucional vigente.

En señal de conformidad, suscribo la presente carta de compromiso.

Atentamente,

Firma del Asesor (a)

Nombre completo: _____
DNI: _____
Correo electrónico: _____
Teléfono: _____

**Anexo N. °08****Formato de la carta de compromiso de confidencialidad del investigador(a)**

Lugar y fecha: _____

Yo, _____, identificado(a) con DNI N.º _____, en mi calidad de investigador(a) del Proyecto de Investigación titulado: “ _____ ”,

declaro bajo compromiso de honor que mantendré estricta confidencialidad y reserva respecto a toda la información clínica, administrativa y de carácter sensible de los pacientes del hospital, a la que tenga acceso directa o indirectamente durante la ejecución del estudio.

Me comprometo a garantizar la protección, anonimización y adecuado tratamiento de los datos personales y clínicos de los pacientes, utilizando dicha información exclusivamente con fines de investigación, conforme a lo aprobado en el protocolo de investigación, evitando su divulgación, reproducción, cesión o uso no autorizado.

El presente compromiso se asume en cumplimiento de la Ley N.º 29733 – Ley de Protección de Datos Personales, su Reglamento (D.S. N.º 003-2013-JUS), la normativa institucional del hospital, los principios éticos de la investigación en seres humanos, las Buenas Prácticas Clínicas y las disposiciones emitidas por el Comité Institucional de Ética en Investigación (CIEI).

En señal de conformidad y responsabilidad, firmo la presente.

Atentamente,

Firma del Investigador(a)

Nombre completo: _____

DNI: _____