**Código:**Haga clic o pulse aquí para escribir texto.

**Fecha:**Haga clic aquí o pulse para escribir una fecha.

**Identificación del Investigador Principal**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Apellidos, Nombre** | Haga clic o pulse aquí para escribir texto. | **NIF:** | Haga clic o pulse aquí para escribir texto. | |
| **Servicio** | Haga clic o pulse aquí para escribir texto. |  | | |
| **Teléfono de Contacto** | Haga clic o pulse aquí para escribir texto. | **Otro teléfono** | | Haga clic o pulse aquí para escribir texto. |
| **Correo electrónico de contacto** | Haga clic o pulse aquí para escribir texto. |  | | |
| **Fecha de solicitud** | Haga clic aquí o pulse para escribir una fecha. | | | |

**Identificación de Colaboradores del hospital**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nombre Y Apellidos** | **NIF** | **Servicio** | **Tel. Contacto** | **e-mail** |
| Haga clic o pulse aquí para escribir texto. | Haga clic o pulse aquí para escribir texto. | Haga clic o pulse aquí para escribir texto. | Haga clic o pulse aquí para escribir texto. | Haga clic o pulse aquí para escribir texto. |

**Datos CMBD y RAE-CMBD solicitados-Finalidad y Objetivos de la Solicitud**

|  |
| --- |
| **TITULO DEL PROYECTO**  Haga clic o pulse aquí para escribir texto. |
| **Justificación y Objetivos**  Haga clic o pulse aquí para escribir texto. |
| **Datos del paciente que van a ser extraídos**  Haga clic o pulse aquí para escribir texto. |
| **Diseño (elaboración, sujetos, variables de estudio y análisis)**    Haga clic o pulse aquí para escribir texto. |
| **Difusión de resultados**  Haga clic o pulse aquí para escribir texto. |

**DECLARACIÓN DE COMPROMISO DEL SOLICITANTE PARA EL USO DE DATOS CLÍNICOS:**

En relación con la solicitud de extracción de datos efectuada al Hospital Universitario del Henares, cuya finalidad, objetivos y alcance han sido especificados en la misma, **me comprometo**:

1. A tratar toda la información bajo estrictas condiciones de confidencialidad
2. A no utilizar, y a no autorizar a cualquier persona física o jurídica para que uso los datos cedidos que no sea exclusivamente para los fines del trabajo tal como están reflejados en la solicitud. Este compromiso será extensible a aquellos colaboradores designados por el peticionario, siendo responsable de éste, el cumplimiento del mismo por parte de aquellos.
3. A destruir el fichero o datos facilitaros y todas las copias realizadas del mismo una vez transcurridos el plazo de tiempo para el que se precisan los datos.
4. A publicar, en su caso los resultados del estudio o trabajo para e que se piden los datos de forma que quede garantizada la protección de datos de carácter personal y que en ningún caso se puede identificar de manera directa o indirecta a las unidades estadísticas informantes individuales. El grado de desagregación de la información en cualquier producto de difusión que se obtenga a partir de los datos cedidos no debe permitir la identificación de unidades informantes concretas.
5. A enviar copia al Hospital Universitario del Henares de todos los informes de difusión pública que se produzcan a partir de los datos suministrados.
6. A que en los productos de difusión obtenidos se haga referencia al Hospital Universitario del Henares como fuente de los datos y a hacer constar que el grado de exactitud o fiabilidad de la información derivada de la elaboración propia de los autores sea de la exclusiva responsabilidad de estos.
7. En cualquier caso, el tratamiento y difusión de la información atenderá a los previsto en la Ley Orgánicas 3/2018 del 6 de diciembre, en la Ley 41/2002 básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, así como la Ley 12/1987 de Función Estadística Pública

**Firma del Investigador Principal:**

****

**Nombre y Apellidos:** Haga clic o pulse aquí para escribir texto.

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**VºBº del Jefe de Servicio o Supervisor:**

****

**Nombre y Apellidos:** Haga clic o pulse aquí para escribir texto.