



Carta de Confidencialidad

Ciudad de México, a ____ de _____ del _____.

El **Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz** con el fin de salvaguardar la confidencialidad, tanto de los datos personales de pacientes y trabajadores, como de los datos obtenidos en los estudios clínicos y de investigación ha generado el siguiente documento en el que se hace constar que:

Como estudiante, personal temporal, de confianza o base, autorizado para tener acceso a la información de los usuarios del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz; Yo C. _____ (cargo y área de adscripción) _____ con Clave Única de Registro de Población (C.U.R.P.) o Registro Federal de Contribuyentes (R.F.C.) _____, me comprometo a resguardar y mantener la confidencialidad de la información contenida en los documentos y expedientes que contengan los protocolos o proyectos de investigación a mi cargo, donde participe y/o tenga acceso en el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, así como a no difundir, distribuir o comercializar con los datos personales contenidos en los sistemas de información, desarrollados en el ejercicio de mis funciones y /o actividades académicas.

Asumo también la responsabilidad y compromiso de cuidar la información, datos y resultados de los usuarios que participen en cualquiera de los protocolos y proyectos de investigación a mi cargo, donde participe y/o tenga acceso, así como de vigilar que todos los implicados en los mismos y con acceso a esta información lo hagan también.

En caso de no dar cumplimiento a estas disposiciones el infractor será sujeto a las sanciones administrativas, penales y civiles que procedan de conformidad con lo dispuesto en el Capítulo VIII de la Ley Reglamentaria del Artículo 5º Constitucional, relativa al ejercicio de las profesiones en la Ciudad de México, el Título Noveno del Código Penal Federal, el Código Civil Federal y demás disposiciones legales que resultaren aplicables.

Acepto

Nombre y firma