



Declaración de Conflictos de Intereses

Nombre Investigador:

Categoría: Inv. Responsable

Co-Inv

Título Proyecto:

	Sí	No
<p>¿Usted o la institución a la cual usted está afiliado ha recibido/recibirá pagos o incentivos por terceros (gobierno, industria, fundación privada, etc) para que este proyecto sea realizado?</p> <p>Si la respuesta es sí, por favor describa a continuación el origen y el incentivo o pago:</p> <p>Si responde que no, significa que este trabajo será realizado sin recibir ningún tipo de apoyo financiero u otros incentivos por parte de terceros. Es decir, que el trabajo es financiado con fondos de la misma institución que le paga a usted su salario y que la institución tampoco recibe financiamiento de terceros para apoyar este trabajo.</p>		
<p>Señale si usted tiene algún tipo de relación financiera (independiente del monto de la compensación), con entidades en el ámbito biomédico que pudiesen ser percibidas como potencial fuente de influencia respecto de la conducción del presente estudio, aunque pueda no tener directa relación con éste.</p> <p>Si la respuesta es sí, por favor describa a continuación el tipo de relación financiera:</p>		

<p>¿Tiene o planea tener usted alguna patente, licencia o propiedad intelectual que pudiese asociarse a los resultados de este proyecto?</p> <p>Si la respuesta es sí, por favor descríballo a continuación:</p>		
<p>¿Ha recibido algún tipo de pago, directo o indirecto, de la industria patrocinadora del estudio? (por ej, pago inscripción a congresos, seminarios, viajes, cenas, muestras médicas, etc).</p> <p>Si la respuesta es sí, por favor descríballo a continuación:</p>		
<p>¿Existe algún otro tipo de relación o actividad que pudiese ser percibida como potencial influencia respecto del proyecto que usted está presentando?</p> <p>Si la respuesta es sí, por favor descríballo a continuación:</p>		

<p>Priorice sus motivaciones para este proyecto de investigación</p> <ul style="list-style-type: none"> • Carrera académica o profesional • Generar conocimiento útil para la sociedad • Resolver un problema de salud de las personas 	1	2	3
---	---	---	---

Declaración:

En mi calidad de IR/Ca-Investigador del proyecto en referencia, declaro tener/no tener potenciales conflictos de intereses como fue detallado previamente.

Firma

Fecha