

## COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD

Yo: \_\_\_\_\_, en mi calidad de alumno(a) de Verano de Investigación, interno de pregrado, pasante en Servicio Social, residente, alumno de curso de alta especialidad, de maestría o doctorado, u otro tipo de asistente de investigación o en proceso de capacitación u observación, en el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán (INCMNSZ), me comprometo a guardar absoluta confidencialidad sobre toda la información que obtenga por mi contacto con pacientes, familiares, médicos, o expedientes clínicos, o de otro tipo, a los cuales tenga acceso para cumplir con la actividad académica para la cual el INCMNSZ me ha autorizado a permanecer.

Reconozco que la titularidad de toda la información derivada de mi trabajo en el INCMNSZ corresponde al mismo, a través de mi tutor(a) o superior(es) jerárquico(s) institucional(es).

De la misma manera, me comprometo a no revelar por ningún medio, sea audiovisual, impreso, de redes sociales, de entrevista periodística, cartel, o presentación en seminarios o congresos académicos, o cualquier otro, los resultados de estudios en los que se me haya permitido participar, sin la anuencia escrita de mi tutor(a) del INCMNSZ y del(la) Jefe de Depto. o área de origen de tal información.

En caso de incumplir con estos compromisos, asumo las consecuencias que incluirán la suspensión inmediata de mi permanencia en el INCMNSZ, el reporte de la falta del INCMNSZ dirigido a mi escuela de origen (si ese es el caso), la obligación de retractación en el mismo medio de comunicación o sociedad científica en donde se haya presentado, además de las responsabilidades legales derivadas de la revelación de esa información.

México, DF, a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 201\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

Nombre y apellidos \_\_\_\_\_

Dirección permanente: \_\_\_\_\_

Tel. Cel.: \_\_\_\_\_

Dirección-e: \_\_\_\_\_