

Comité de investigación, Facultad de Medicina, UASLP.



FORMATO DE DECLARACIÓN DE NO CONFLICTO DE INTERÉS (Anexo 5)

Existe conflicto de interés potencial o verdadero cuando los compromisos y obligaciones principales están indebidamente influenciadas por otros intereses materiales o personales, especialmente si estos no están debidamente transparentados.

En este formato deberá indicar si usted considera que existe un interés secundario que pudiera influir indebidamente en su responsabilidad de proteger a los sujetos de investigación. Este formato deberá de ser entregado en original por TODOS los investigadores participantes en el proyecto al momento de entregar el protocolo de investigación por escrito al Comité de Investigación. En el caso de los evaluadores del Comité de Investigación, este formato deberá de estar adjunto al Anexo 1 (Formato de evaluación de protocolos de investigación) o al Anexo 2 (Formato de evaluación de seguimiento de protocolo).

Se le pide que responda a las preguntas concernientes a usted y a sus “familiares directos” *. Este formato pretende identificar y abordar los conflictos de intereses, existentes y potenciales. **En el caso de los Investigadores que participan en el proyecto (todos los participantes lo deberán de llenar), se incluyen cuatro preguntas.**

- | | | |
|--|----|----|
| 1. Tengo algún conflicto de interés que reportar | Sí | No |
| 2. Relación comercial o económica directa con el patrocinador | Sí | No |
| 3. Relación profesional directa con el patrocinador | Sí | No |
| 4. Cualquier otra cosa que pudiera afectar su objetividad o independencia en el desempeño de sus funciones | Sí | No |

En el caso de los evaluadores del Comité de Investigación, se incluyen las siguientes preguntas:

- | | | |
|--|----|----|
| 1. Tengo algún conflicto de interés que reportar | Sí | N |
| 2. Relación comercial o económica directa con el patrocinador | Sí | No |
| 3. Relación profesional directa con el patrocinador | Sí | No |
| 4. El evaluador participa como Investigador principal o asociado en el proyecto presentado | Sí | No |
| 5. El proyecto a evaluar es presentado por algún competidor indirecto o directo del evaluador | Sí | No |
| 6. Cualquier otra cosa que pudiera afectar su objetividad o independencia en el desempeño de sus funciones | Sí | No |

Si usted contestó afirmativamente a cualquiera de las preguntas formuladas arriba, por favor proporcione los detalles. **Estimado investigador, si usted o su grupo de trabajo tienen cualquier tipo de conflicto de interés con algún miembro del Comité de Investigación, y por lo tanto no desee que dicho miembro evalúe su proyecto favor de mencionarlo e indiciar el motivo:**

Comité de investigación, Facultad de Medicina, UASLP.

Toda la información vertida en este documento es completamente confidencial, y el hecho de solicitar que un miembro del Comité de Investigación no evalúe su proyecto por conflicto de interés no tendrá repercusión en la evaluación de este proyecto o de proyectos futuros.

Declaro bajo protesta de decir verdad que la información señalada es correcta.

Fecha: _____

Nombre del Investigador o evaluador: _____

Firma del Investigador o evaluador: _____