**Hospital Central “Dr. Ignacio Morones Prieto”**

**Subdirección de Educación e Investigación en Salud**

**Registro del protocolo de investigación**

Título:

Nombre del investigador principal:

Correo electrónico:

Fecha y sello de recepción:

**Datos generales.**

**Autores:**

* 1. Investigador principal:

Nombre:

Correo electrónico:

Adscripción:

Cargo:

Nivel máximo de estudios:

Matrícula HC:

Firma\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* 1. Co - investigador:

Nombre:

Correo electrónico:

Adscripción:

Cargo:

Nivel máximo de estudios:

Matrícula HC:

Firma\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* 1. Colaborador (opcional)

Nombre:

Correo electrónico:

Cargo:

Nivel máximo de estudios:

Matrícula HC:

Firma\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* 1. Colaborador (opcional)

Nombre:

Correo electrónico:

Cargo:

Nivel máximo de estudios:

Matrícula HC:

Firma\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Departamentos participantes**:

División:

Nombre del jefe:

Firma\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Departamento/Servicio:

Nombre del jefe:

Firma\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Instituciones participantes:

Institución/Empresa

Convenio/ Contrato

Autorizado por:

Comité de Investigación con fecha:

Comité de Ética en Investigación con fecha:

Número de autorización: