

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

**Subdirección de Educación e Investigación en Salud**

**Registro del protocolo de investigación**

Título:

Nombre del investigador principal:

Residente/Tesista:

Correo electrónico:

Fecha y sello de recepción:

**DATOS GENERALES:**

1. **Investigador principal y Director o co-director de tesis:**

 Nombre:

Correo electrónico:

 Adscripción:

 Cargo:

 Nivel máximo de estudios:

 Matrícula HC:

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

1. **Residente/ tesista:**

 Nombre:

Correo electrónico:

Adscripción: (Residentes de la Especialidad de \_\_\_\_\_\_/estudiante maestría o doctorado de \_\_\_\_\_\_) Agregar Hospital o Facultad.

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

1. **Co - Director o Asesor Metodológico:**

Nombre:

Correo electrónico:

 Adscripción:

 Cargo:

 Nivel máximo de estudios:

 Pertenece a: H.C: U.A.S.L.P.

 División/Subdirección:

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

1. **Profesor Titular o coordinador del curso (**cuando aplique**):**

Nombre:

Correo electrónico:

 Adscripción:

 Nivel máximo de estudios:

 Pertenece a: H.C U.A.S.L.P.

 División/Subdirección:

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

1. **Colaboradores (**agregar los que sean necesarios y que participen en el estudio,si se requiere**)**
	1. Colaborador (opcional)

Nombre:

Correo electrónico:

Adscripción:

Cargo:

Nivel máximo de estudios:

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

1. **Departamentos participantes**:

División:

Nombre del jefe de división:

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

Departamento/Servicio:

Nombre del jefe de departamento o servicio:

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

1. **Instituciones Participantes:**

 Institución\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Convenio\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. **Intención aplicativa:**

Licenciatura ( )

Especialidad ( )

Maestría ( )

Doctorado ( )

Dictaminado por:

Comité de Investigación con fecha:

Comité de Ética en Investigación con fecha:

Número de autorización: