

Dirección médica

REQUIERE FINANCIAMIENTO PARA REALIZAR EL TRABAJO: SI NO
Si la respuesta es si, debe explicitar quienes lo financiarán y adjuntar una carta que lo respalde.

BENEFICIOS QUE BRINDA ESTE TRABAJO A LOS PACIENTES DE LA CLÍNICA O A LA CLÍNICA: (describa brevemente porqué se justifica realizar este trabajo en la clínica)

LUGAR DE PRESENTACIÓN DE ESTE TRABAJO: (describa en que congreso, revista, jornada o evento Ud. presentará este trabajo)

FECHA DE ANÁLISIS DE SOLICITUD	
FECHA DE APROBACION DE COMITÉ DE ÉTICA	
JUSTIFIQUE SI NO REQUIERE COMITÉ DE ÉTICA	
RESOLUCION DEL COMITÉ	APROBADO NO APROBADO
MIEMBROS PRESENTES DE COMITÉ DE INVESTIGACIÓN	