**ANEXO 2**

**SOLICITUD DE REVISIÓN DE PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN**

|  |  |
| --- | --- |
| N° de Protocolo: |  |
| Retrospectivo/Prospectivo: |  |
| Título del Protocolo de Investigación: |  |
| Objetivo Principal: |  |
| Duración del estudio:  |  |
| Tiempo de reclutamiento: |  |
| N° de pacientes a incluir (si aplica): |  |
| N° total de historias a revisar y por día (si aplica): |  |
| Patrocinador (si aplica): |  |
| Inicio previsto: |  |
| Fin previsto: |  |
| Plan de publicación nacional/internacional: |  |
| **INVESTIGADOR PRINCIPAL** |
| Nombre y apellidos: |  |
| Firma: |  |
| Título Profesional: |  |
| Grado Académico:  |  |
| Institución de trabajo/Área: |  |
| Correo Electrónico:  |  |
| Teléfono trabajo/Anexo:  |  |
| Celular: |  |
| **INVESTIGADORES ASOCIADOS** *(Añadir celdas de ser necesario y completar información solicitada para cada uno*) |
| Investigador Asociado N°1 |
| Nombre y apellidos: |  |
| Firma: |  |
| Título Profesional: |  |
| Grado Académico:  |  |
| Institución de trabajo/Área: |  |
| Investigador Asociado N°2 |
| Nombre y apellidos: |  |
| Firma: |  |
| Título Profesional: |  |
| Grado Académico:  |  |
| Institución de trabajo/Área |  |
| Investigador Asociado N°3 |
| Nombre y apellidos: |  |
| Firma: |  |
| Título Profesional: |  |
| Grado Académico:  |  |
| Institución de trabajo/Área |  |
| **ASESOR(ES)***(Añadir celdas de ser necesario y completar información solicitada para cada uno*) |
| Nombre y apellidos: |  |
| Firma: |  |
| Título Profesional: |  |
| Grado Académico:  |  |
| Institución de trabajo/Área |  |
| **V°B° DEL DIRECTOR EJECUTIVO DEL DEPARTAMENTO DONDE SE REALIZARÁ EL PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN** |
| Nombre y apellidos: |  |
| Firma y sello: |  |