



INSTRUCTIVO PARA SOLICITUD DE INICIO DE ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN EN EL HOSPITAL SANTO TOMÁS. N°F02

1. El investigador colocara su nombre completo, número de telefónico y email del investigador
2. Colocar el nombre de la afiliación de la investigación
3. Debe colocar el título de la investigación
4. Colocar el número de nota de no objeción (este número es asignado por la Dirección Médica General)
5. Colocar la fecha estimada de inicio y culminación de la investigación (día/mes /año)
6. Colocar si el estudio requiere o no de personal que no pertenece a la institución
7. Colocar si requiere el estudio infraestructura hospitalaria específica, de seleccionar si describir los recursos (laboratorio, estudios e imágenes, etc.).
8. Colocar el impacto que se espera en la atención médica o en los servicios del hospital
9. Entregar la nota de aprobación del comité de ética correspondiente
10. Colocar el nombre completo y la firma del investigador con la fecha correspondiente.

FORMULARIO DE SOLICITUD DE INICIO DE ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN EN EL HOSPITAL SANTO TOMÁS. N°F02

DATOS DEL INVESTIGADOR PRINCIPAL	
Nombre:	Teléfono:
Afiliación:	Email:
DATOS DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN	
Título	
Número de nota de no objeción del H.S.T.	
Fechas estimadas de inicio _____ y culminación _____	
¿El estudio requiere de personal que no pertenece a la institución? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí (entregar listado con roles y afiliación; llenar formulario)	
¿El estudio requiere revisión de expedientes clínicos? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí (llenar formulario)	
¿El estudio requiere infraestructura hospitalaria específica?: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, describa recursos solicitados	
Impacto esperado en la atención médica o en los servicios del hospital:	
CONSIDERACIONES ÉTICAS	
Comité de Ética que realizó evaluación	
Fecha de aprobación	
FIRMA DEL INVESTIGADOR	FECHA
<i>La siguiente información debe ser completada por la Coordinación de Docencia e Investigación</i>	
¿Luego de evaluación de la documentación entregada, se recomienda a la Dirección Médica General la aprobación?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Firma	Fecha
<i>La siguiente información debe ser completada por la Dirección Médica General</i>	
¿Se aprueba solicitud de inicio?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Firma	Fecha