



INSTRUCTIVO DEL FORMULARIO PARA SOLICITUD DE NOTA DE NO OBJECCIÓN PARA REALIZAR ESTUDIOS DE INVESTIGACIÓN EN EL HOSPITAL SANTO TOMÁS. N°F01

1. Colocar su nombre completo y número de telefónico
2. Colocar el nombre de la afiliación de la investigación
3. Debe colocar el título de la investigación
4. Colocar con un gancho y escoger sí o no se tiene algún patrocinio por la industria
5. Colocar el nombre del comité al cual será sometida la investigación
6. Colocar la fecha de inicio y terminación de la investigación (día/mes /año)
7. Colocar con un gancho y escoger sí o no se participa con algún funcionario del hospital en la investigación y de ser afirmativo debe color el nombre de quien o quienes participan.
8. Debe escoger con un gancho sí o no habrá firma de consentimiento informado en la investigación.
9. Debe colocar el email del investigador
10. Colocar el nombre completo del investigador
11. Colocar la fecha en el formato de (día/mes /año) en que realizo la solicitud
12. la parte final del documento será de uso exclusivo de la Dirección Médica General



FORMULARIO DE SOLICITUD DE NOTA DE NO OBJECCIÓN PARA REALIZAR ESTUDIOS DE INVESTIGACIÓN EN EL HOSPITAL SANTO TOMÁS. N°F01

DATOS DEL INVESTIGADOR PRINCIPAL	
Nombre:	Teléfono:
Afiliación:	Email:
DESCRIPCIÓN DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN	
Título:	
Objetivos:	
Tipo de Estudio:	
Fuente de Financiamiento <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Tipo: <input type="checkbox"/> Industria <input type="checkbox"/> Beca	
Fechas estimadas de inicio _____ y culminación. _____	
¿Participará algún funcionario del H.S.T? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, ¿quienes?	
CONSIDERACIONES ÉTICAS	
Comité al que será sometido el protocolo	
¿Habrà firma de consentimiento informado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
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