

ANEXO DE DATOS PARA PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN OBSERVACIONAL INSTITUCIONAL O COLABORATIVO PRESENTADOS AL HOSPITAL HERMILIO VALDIZAN

(Llenar con letra imprenta o por computadora, usted puede obtener el formato digital de este documento en la página del Hospital Hermilio Valdizán)

1. TITULO DEL PROTOCOLO DE INVESTIGACION OBSERVACIONAL

2. INVESTIGADORES

Todos los investigadores directamente involucrados en el protocolo deberán ser incluidos en la lista de investigadores. Indique la labor o función de cada investigador en el protocolo. Estas funciones pueden incluir: Investigador Principal, Investigador Asociado, Supervisor, etc. El equipo de investigadores deberá contar por lo menos un miembro perteneciente a la institución en donde realizará el protocolo. Incluya detalles completos de las calificaciones, grados académicos, títulos o experiencia previa relevante para la adecuada conducción del proyecto.

Si alguno de los investigadores requiere un entrenamiento o preparación especial que lo capacite para la participación en el proyecto, agradeceremos que incluya el nombre de la persona encargada de su entrenamiento, así como información (en hoja aparte) acerca de la forma como se llevaría a cabo dicha preparación.

Si su equipo de investigadores no incluye a algún miembro perteneciente al Departamento, servicio o Unidad operativa en donde se planea realizar el proyecto, usted deberá contactarse con el jefe de dicha dependencia para discutir el propósito del proyecto y anexar una aprobación escrita que le autorice a realizar el proyecto. Deberá, además, conseguir la colaboración de un miembro de dicho Departamento, Servicio o Unidad Operativa. Este compromiso deberá constar por escrito.

Incluya los números telefónicos de contacto directo del investigador (no incluye números centrales de instituciones o centrales telefónicas).

Incluya los datos de la persona a la cual se deberá dirigir la correspondencia concerniente a su protocolo de investigación.

Investigación principal:

| | |
|--|------------------|
| Nombre: | |
| Título profesional: | |
| Especialidad: | Grado Académico: |
| Institución: | |
| Departamento, Centro o Unidad Operativo: | |
| Domicilio del investigador: | |
| Teléfono fijo: | Celular: |
| Email: | |
| Función o rol en este proyecto: | |
| ¿Requiere entrenamiento especial para este proyecto? | SI NO |

Anexe en una hoja aparte una explicación detallada del entrenamiento especial requerido por cada investigador solo si esto fuera necesario). Incluya el nombre de la persona encargada de dar este entrenamiento.

Co-investigadores:

| | |
|--|------------------|
| Nombre: | |
| Título profesional: | |
| Especialidad: | Grado Académico: |
| Institución: | |
| Departamento, Centro o Unidad Operativo: | |
| Domicilio del investigador: | |
| Teléfono fijo: | Celular: |
| Email: | |
| Función o rol en este proyecto: | |
| ¿Requiere entrenamiento especial para este proyecto? | SI NO |

| | |
|--|------------------|
| Nombre: | |
| Título profesional: | |
| Especialidad: | Grado Académico: |
| Institución: | |
| Departamento, Centro o Unidad Operativo: | |
| Domicilio del investigador: | |
| Teléfono fijo: | Celular: |
| Email: | |
| Función o rol en este proyecto: | |
| ¿Requiere entrenamiento especial para este proyecto? | SI NO |

Persona a la cual se deberá enviar la correspondencia

| | |
|--|----------|
| Nombre: | |
| Título profesional: | |
| Institución: | |
| Centro o Unidad Operativo: | |
| Domicilio: | |
| Teléfono fijo: | Celular: |
| Email: | |
| Función o rol en este proyecto: | |
| ¿Requiere entrenamiento especial para este proyecto? | SI NO |

El que suscribe, investigador principal del presente protocolo de investigación a realizarse en, se compromete a cumplir con la ejecución del proyecto de investigación de acuerdo al protocolo de investigación aprobado siguiendo el cronograma propuesto y a enviar oportunamente los informes de avance y final en los plazos establecidos a la Oficina de Apoyo a la docencia e Investigación (OADI) del Hospital Hermilio Valdizán, así como respetar los aspectos éticos inherentes y Compromiso de entre original de trabajo final.

Así mismo, **me comprometo a realizar las coordinaciones con la OADI, para que los resultados de este proyecto de investigación se difundan en una revista científica, dando preferencia de ser posible, a la Revista Institucional del Hospital Hermilio Valdizán.**

.....

Firma del Investigador principal

Nombre y apellidos:

DNI:

Correo:

Teléfono:

Fecha: