**Fecha del informe:**  / /

|  |
| --- |
| **Nombre del Investigador principal:****Nombre del investigador asociado principal:**  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Título del Protocolo:**  | **Nº de Registro:** |
| **Fecha de vigencia:** (referida en el dictamen) |

**Señale con una X la causa de cancelación**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Muestra/pacientes |  | Renuncia del investigador |  | Trámites jurídicos/convenios |
|  | Equipo  |  | Financiamiento |  | Otros (especifique): |

|  |
| --- |
| **Justifique claramente el motivo de la cancelación** |
|  |

**IMPORTANTE: SI EN SU PROYECTO SE APLICO CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO, CARTA DE ASENTIMIENTO INFORMADO Y/O AVISO DE PRIVACIDAD, DEBE ANEXAR CON ESTE FORMATO EL TOTAL DE LAS CARTAS NO APLICADAS ESPECIFICANDO LO SIGUIENTE:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **DOCUMENTO** | **APLICADOS Y EN RESGUARDO DEL INVESTIGADOR PRINCIPAL (NÚMERO)** | **NO APLICADOS Y QUE SE ENTREGAN CON ESTE FORMATO (NÚMERO)** |
| **Consentimientos informados** |  |  |
| **Asentimientos informados**  |  |  |
| **Avisos de privacidad**  |  |  |
| **No se anexan los documentos no aplicados por lo siguiente:** |

**FIRMA**

**INVESTIGADOR PRINCIPAL**

**NOTIFICAMOS QUE AMBOS INVESTIGADORES ESTAMOS DE ACUERDO**

**EN LA CANCELACIÓN DEL PROTOCOLO**

 **Vo Bo DIC SELLO DIVISIÓN DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA**