|  |  |
| --- | --- |
| **Investigador principal:**  | **Fecha de solicitud:** **día/ mes /año** |
| **Título protocolo:**  | **Núm. de registro:**  |
| **Fecha de inicio: (día/mes/año)** | **Vigencia referida en oficio dictamen:** **día/mes/año)** |
| **Consentimiento informado** | **SI** |  | **NO** |  | **Aviso de privacidad** | **SI** |  | **NO** |  | **Asentimiento informado** | **SI** |  | **NO** |  |
| **Numero de formatos de avance entregados**  | **En forma** |  | **Extemporáneos** |  |
| **Fecha ultimo formato de avance entregado División de Investigación Clínica** | (día/mes/año) | **Porcentaje de avance señalado** |  |
| **Tamaño de muestra señalado en el protocolo** (núm. de casos) |  | **Núm. de casos incluidos hasta esta fecha**  |  |
| **Señale extensión de tiempo que requiere:** |  |
| Justificación de la solicitud: |
| Maniobra para cumplir con la meta: |
| **Documentación que debe adjuntar por separado a este formato (en caso de que aplique):** |
|  | Formato de nivel de avance actualizado |  | \*Consentimiento(s) informado(s) |  | \*Asentimiento informado |
|  | \*Aviso de privacidad |  | \*Copia de dictamen aprobación de prórroga de la sede externa |
| \*Solo si aplica para el protocolo IMPORTANTE: Deben corresponder a los documentos aprobados por los comités, y sin folio y el sello, ya que serán sellados de nuevo, no olvidar actualizar la vigencia con la fecha de prórroga solicitada |

|  |
| --- |
| **En protocolos multicéntricos externos completar e integrar a parte de lo solicitado anteriormente lo siguiente:** |
| **Sede externa:** | **Investigador principal externo:** |
| **FECHA DE VIGENCIA OTORGADA POR LOS COMITES DE LA SEDE RESPECTIVA:** |  |
| **OBLIGATORIO INCORPORAR COPIA DE DICTAMEN APROBACIÓN DE PRÓRROGA DE LA SEDE EXTERNA** |

En protocolos con la aplicación de cartas de consentimiento/asentimiento/aviso de privacidad es obligatorio completar y entregar lo siguiente:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **CARTAS NO APLICADAS QUE SE ENTREGAN PARA CANCELACION**  | **núm.** | **FOLIO** | **CARTAS QUE SE REQUIEREN SEAN FOLIADAS** | **núm.** |
| **Consentimientos informados**  |  |  **A**  | **Consentimientos informados** |  |
| **Avisos de privacidad**  |  |  **A**  | **Avisos de privacidad**  |  |
| **Asentimientos informados**  |  |  **A**  | **Asentimientos informados** |  |

**FIRMA**

**INVESTIGADOR PRINCIPAL**

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