**Fecha del informe:**  / /

|  |
| --- |
| **Investigador principal:**  **Investigador asociado principal:** |

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

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

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Porcentaje de avance al momento de la suspensión** |  | **Posible fecha de reactivación** |  |

**Confirmo estar bajo conocimiento de los siguiente:**

* **A partir de la fecha de suspensión cada seis meses, deberé entregar en tiempo y forma el reporte de SEGUIMIENTO DE SUSPENSIÓN adecuadamente completado.**
* **Los protocolos en suspensión, solo puede permanecer en este estado un periodo máximo de dos años, cumpliendo este tiempo deberé informar o solicitar la reactivación de ser posible, o su cancelación**
* **De no cumplir con los reportes informativos semestrales de forma consecutiva, la División de Investigación Clínica o la Subdirección de investigación podrá solicitar la cancelación del proyecto a los Comités de este Hospital, como está establecido bajo el Reglamento de estos**

**SEGUIMIENTO DE SUSPENSIÓN: Complete según corresponda**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **SEMESTRE DE REPORTE** | **FECHA EN TIEMPO** | **FECHA EXTEMPORANEO** |
| **PRIMERO** |  |  |
| **SEGUNDO** |  |  |
| **TERCERO** |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **SE SOLICITA REACTIVACION (FECHA)** |  |
| **SE SOLICITA CANCELACIÓN (FECHA)** |  |

**FIRMA**

**INVESTIGADOR PRINCIPAL**

**NOTIFICAMOS QUE AMBOS INVESTIGADORES ESTAMOS DE ACUERDO**

**EN LA SUSPENSIÓN DEL PROTOCOLO**

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