|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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**