

*Indicar lugar y fecha (dd/mm/aaaa)*

**SOLICITUD DE MODIFICACIÓN DE REGISTRO DEL COMITÉ HOSPITALARIO DE BIOÉTICA (CHB)**

**I: Datos del establecimiento**

|  |  |
| --- | --- |
| (1) Razón o denominación social |  |
| (2)Denominación del establecimiento |  |
| (3) Institución a la que pertenece |  |
| (4)Número de registro del Comité Hospitalario de Bioética |  |
| (5)Domicilio del establecimiento *(Calle, número, colonia, Municipio o alcaldía, Ciudad, entidad federativa y C.P.)* |  |
| (6)Nombre de la persona encargada de la titularidad del establecimiento |  |
| (7)Nombre de quien envía la solicitud |  |
| (8)Correo electrónico |  |
| (9)Teléfono del CHB |  |

**II. tipo de modificación (señale con una  delante del recuadro que corresponda)**

1. **Fe de erratas (errores tipográficos)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Documento y sección erróneos | Dice | Debe decir |
| *Ejemplo: Constancia, nombre de integrante* |  |  |
| *Ejemplo: Constancia, denominación del establecimiento* |  |  |
| *Ejemplo: Constancia, Domicilio* |  |  |

**\*Anexar última constancia digitalizada**

1. **MODIFICACIÓN DE INTEGRANTES**

**Nombre y cargo de las y los integrantes que se dan de baja del comité o cambian de nombramiento**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Cargo que modifica | Nombre |
| Baja | Elija un elemento. |  |
| Alta | Elija un elemento. |  |
| Cambio de cargo | Elija un elemento. |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**Datos de cómo queda integrado el comité hospitalario de bioética**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Cargo | Nombre | Correo electrónico |
| Elija un elemento. |  |  |
| Elija un elemento. |  |  |
| Elija un elemento. |  |  |
| Elija un elemento. |  |  |
| Elija un elemento. |  |  |
| Elija un elemento. |  |  |

**\*Anexar:**

* Última constancia de registro digitalizada.
* Cartas de designación de los **nuevos** integrantes firmadas por el director de la institución.
* Cédula profesional nivel licenciatura de los **nuevos** integrantes (excepto del representante de los usuarios de los servicios de Salud)
* Constancia de capacitación en temas de bioética de los **nuevos** integrantes
* Minuta de sesión donde se realiza el cambio de integrantes

**\* IMPORTANTE:** El CHB debe tener al menos 6 integrantes(1 presidenta o presidente, 1 vocal secretaria o vocal secretario, 3 vocales, 1 representante de los usuarios de los servicios de salud).

1. **CAMBIO DE LA PERSONA ENCARGADA DE LA DIRECCIÓN O TITULARIDAD DEL ESTABLECIMIENTO Y/O REPRESENTANTE LEGAL DEL ESTABLECIMIENTO**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Cargo** | **Anterior** | **Actual** |
| Director y representante legal |  |  |
| Director o Titular |  |  |
| Representante Legal |  |  |

**\*Anexar nombramiento actual o documento que confirme la actualización y actualizar datos de contacto**

|  |  |
| --- | --- |
| **Correo electrónico** | **Teléfono** |
|  |  |

1. **OTROS**

*Describir cambios solicitados y motivo que origina la petición.*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Anterior** | **Actual** |
| *Ej.: Cambio de Domicilio* |  |  |
| *Ej.: Baja Voluntaria, temporal o definitiva del CHB* |  |  |
| *Actualización de datos de contacto del CHB (nombre, correo, teléfono)* |  |  |

**Anexo al presente la documentación correspondiente para acreditar las modificaciones solicitadas.**

Sin más por el momento reciba un cordial saludo.

Atentamente,

**(Asentar firma y nombre de la persona encargada de la titular del establecimiento y/o representante legal)**