

## Solicitud de Revisión de Protocolo de Investigación

Ref. Protocolo de investigación N° (no llenar, uso interno)

Fecha (D/M/A): (no llenar, uso interno)

1	Patrocinador de la investigación	
2	Título de la investigación Código (si existe) Fecha	
3	Modalidad de titulación	
4	Investigador(es) principal(es) E-mail Teléfono/Celular	
5	Director de la investigación E-mail Teléfono/Celular	
6	Lugar de realización Servicio - Departamento	
7	Tutor responsable en el Hospital Metropolitano E-mail Teléfono/Celular	
8	(uso interno, no llenar) Revisión: primera/segunda, etc. Revisado por Fecha	

\_\_\_\_\_  
Firma del investigador principal

\_\_\_\_\_  
Firma del tutor responsable  
Hospital Metropolitano