|  |
| --- |
| Hoja de Especificaciones |
| Título proyecto |  |
| Nombre Investigador Principal (IP) |  |  |
| Servicio |
| Nombre del encargado(a) contacto |  |
| Datos de contacto |  |  |
| Teléfono celular | Mail |
| ¿Tiene el IP contrato en el Hospital?(Si responde No, debe nombrar además a un Investigador local del HCUCH como Investigador Responsable)  | Si | No  |   |
| Investigador Responsable |
| ¿Cuántas personas trabajarán en este proyecto?  |  |
| Número de proyectos, en los que usted participa actualmente.  | Como investigador principal  |  |
| Como co-investigador. |  |
| Concurso al que postula  |  |
| ¿Cuenta con financiamiento? | Si | No  | ¿De quién? |  |
| Tipo de estudio | Observacional | Intervencional | Reporte de Caso Clínico |
| Revisión de fichas | Muestras de Serotecas | Tacos Histológicos y/o Fluidos Corporales |
| Sólo si es intervencional, ¿Cuenta con un seguro contratado? | Si | No |
| Cómo se reclutará a los sujetos de investigación (detallar procedimiento, cómo serán conseguidos)  |  |
| Número de sujetos a incorporar. |  | Duración del Proyecto. |  |
| Tiempo que se conservarán los datos. Fundamente. |  |