|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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. | | | | | | | | | | | | |  | | |