COMITÉ DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN

FORMATO DE REANÁLISIS DE DATOS

**PROYECTO DE INVESTIGACIÓN EN SERES HUMANOS**

Elaborado por el CEI 01/2021

**Carátula**

No. de proyecto original: Fecha:

Título del proyecto original:

Investigador del proyecto original de la base de datos: Ext.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_

Co-investigadores (todos los participantes):

Instituciones donde se realizó el proyecto: INPRFM ( ). Área: \_\_\_\_\_\_\_\_\_

Otras ( ) ¿Cuáles?: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Título del análisis de base de datos:

Anexar una carta del investigador principal o titular de la base de datos, donde autoriza al alumno a utilizar los datos.

Breve justificación del análisis y explicar cómo mantendrá la confidencialidad. Máximo 1 hoja.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre y firma del Investigador Principal Nombre y Firma del Tutor (solo estudiantes)

**DICTAMEN**

**Aprobado (Cumple con los requisitos establecidos)**

**Pendiente de aprobación** (Requiere modificaciones mayores y deberá ser evaluado por el CEI, en pleno, cuando se realicen dichas modificaciones)

**No Aprobado** (Protocolo rechazado por razones éticas que ameritan una reestructuración mayor.

**Observaciones:**

**NOMBRES Y FIRMAS DE LOS INTEGRANTES DEL COMITÉ DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN**

**DEL INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRIA RAMON DE LA FUENTE MUÑIZ**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Dra. Liliana Mondragón Barrios MC José Alberto Jiménez Tapia

Presidente Secretario Vocal

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Dra. Gabriela A. Martínez Levy Dr. Ilyamín Merlín García

Vocal Vocal

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Dra. Adriana Díaz Anzaldúa Dra. Erika Monserrat Estrada Camarena

Vocal Vocal

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

MC. E. Hamid Vega Ramírez C. María de Lourdes Acosta Figueroa

Vocal Representante del núcleo afectado o

los usuarios de los servicios de salud

**Fecha de evaluación:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_