COMITÉ DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN

FORMATO DE SEGUIMIENTO O TÉRMINO

**PROYECTO DE INVESTIGACIÓN EN SERES HUMANOS**

Elaborado por el CEI 01/2021

**Carátula**

Número y fecha del proyecto: Fecha:

Institución (es):  Área:

Investigador Principal: Ext.: \_\_\_\_\_\_\_

Co-investigadores (todos los participantes):

Título del proyecto:

Fecha de aprobación del proyecto:

Duración del proyecto:

Seguimiento ( ) Finalización ( )

Resumen de los avances (máximo dos páginas).

Describir los avances del proyecto y aportaciones principales al tema de estudio referente a disminución de riesgos, principales beneficios, medidas para guardar la confidencialidad y la privacidad de la información y aplicación del proceso de consentimiento informado.

Firma del Investigador Principal\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del Tutor en caso de tesis\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**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:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_