

 Servicios de Salud de Morelos	FORMATO SOLICITUD DE APROBACIÓN	Código: FO-DSSP-SEIC-DI-01
		Página: 1 de 4

SOLICITUD DE APROBACIÓN
para la Ejecución de Proyectos de Investigación en Salud,
en población que es responsabilidad de Servicios de Salud de Morelos (SSM).

1. Fecha / /

2. Nombre de la institución responsable del Proyecto de Investigación:

3. Nombre del investigador principal del Proyecto de Investigación:

Primer nombre	Segundo nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido
---------------	----------------	-----------------	------------------

4. Cargo del Investigador Principal del proyecto, dentro de la institución responsable del mismo.

5. Título del proyecto de investigación

6. a. Fecha de inicio del proyecto: / /

b. Fecha de término del proyecto: / /

7. Nombre de la(s) comunidad(es) y/o Unidad(es) Médica(s) donde se realizará el proyecto de investigación:

a.	
b.	
c.	

8. En su caso, nombre de la institución donde se realizará el proyecto de investigación:

9. Nombre del(los) municipio(s), donde se realizará el proyecto de investigación:

a.	
b.	
c.	

 Servicios de Salud de Morelos	FORMATO SOLICITUD DE APROBACIÓN	Código: FO-DSSP-SEIC-DI-01
		Página: 2 de 4

10. Datos de contacto del Investigador Principal del proyecto:

a. Teléfono de oficina con clave		
lada:		
b. Teléfono móvil (10 dígitos)		
c. Correo electrónico		
d. Confirmar correo electrónico		

11. Seleccione cuál de los siguientes apoyos requerirá de los Servicios de Salud de Morelos para la ejecución del proyecto:

☐ a.	Área física al interior de las Unidades Médicas.
Especifique:	
☐ b.	Mobiliario.
Especifique:	
☐ c.	Sistemas de información
Especifique:	
☐ d.	Recursos humanos para la operación del proyecto.
Especifique:	
☐ e.	Equipo médico.
Especifique:	
☐ f.	Estudios de laboratorio.
Especifique:	
☐ g.	Estudios de gabinete.
Especifique:	
☐ h.	Acceso a expedientes clínicos.
Especifique:	
☐ i.	Acceso a consultorios.
Especifique:	

 Servicios de Salud de Morelos	FORMATO SOLICITUD DE APROBACIÓN	Código: FO-DSSP-SEIC-DI-01
		Página: 3 de 4

☐ j.	Acceso al área de hospitalización.
Especifique:	
☐ k.	Vinculación con población objetivo.
Especifique:	
☐ l.	Otros.
Especifique:	

12. Documentos que deberán adjuntar a la presente Solicitud:

- a. Curriculum vitae del Investigador Principal.
- b. Resumen ejecutivo del proyecto de investigación (máximo 300 palabras), que incluya los siguientes rubros:
 - 1) Título
 - 2) Objetivo principal(máximo 25 palabras)
 - 3) Alcance (máximo 25 palabras)
 - 4) Justificación (máximo 50 palabras)
 - 5) Metodología (máximo 200 palabras)
- c. Cronograma mensual de actividades.
- d. Carta de consentimiento informado.
- e. Beneficios que la investigación aportará a SSM.
- f. Carta de aprobación del Comité de Investigación de la Institución responsable del proyecto.
- g. Carta de aprobación del Comité de Ética en Investigación de la Institución responsable del proyecto.
- h. Carta de aprobación del Comité de Ética en Investigación de la Unidad Médica/Institución donde se realizará el proyecto.

Nota importante: En caso de que la Unidad Médica/Institución donde se realizará la investigación, no cuente con Comité de Ética en Investigación, podrá someter el proyecto a evaluación por el Comité de Ética en Investigación de otra Unidad Médica/Institución, del mismo orden jerárquico o superior; o bien, se puede emitir una carta firmada por el Director General de la Unidad Médica/Institución donde se realizará la investigación, que exprese que está de acuerdo con la aprobación emitida por el Comité de Ética en

 Servicios de Salud de Morelos	FORMATO SOLICITUD DE APROBACIÓN	Código: FO-DSSP-SEIC-DI-01
		Página: 4 de 4

Investigación de la Institución responsable de la investigación.

- i. Carta de sustento económico del proyecto de investigación, emitida por la Institución responsable del proyecto.
- j. En el caso de ensayos clínicos, carta de aprobación del proyecto de investigación emitida por la comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios (COFEPRIS).