

**CARTA DEL HOSPITAL CERCANO AL SITIO DE ESTUDIO,
DONDE SE INFORMA AL COMITÉ DE ÉTICA EN
INVESTIGACIÓN QUE EXISTE CONVENIO HOSPITALARIO CON
EL IP PARA LA REALIZACIÓN DE DICHO ESTUDIO, EN PAPEL
CON MEMBRETE DEL HOSPITAL Y FIRMADO POR EL
DIRECTOR DEL MISMO.**

[FECHA]-----

NOMBRE DEL SOLICITANTE

NOMBRE DEL PRESIDENTE DEL COMITÉ DE ETICA E INVESTIGACION.

PATROCINADOR.

PROTOCOLO # [NÚMERO DE PROTOCOLO]

[NOMBRE COMPLETO DEL PROTOCOLO]

[NOMBRE COMPLETO], INVESTIGADOR PRINCIPAL

[NOMBRE DEL SITIO DE ESTUDIO]

[DIRECCIÓN DEL SITIO DE ESTUDIO]

[TELÉFONO OFICINA DEL SITIO DE ESTUDIO]

[CORREO ELECTRÓNICO INVESTIGADOR PRINCIPAL]

[TELÉFONO CELULAR O 24 HORAS INVESTIGADOR PRINCIPAL]

POR MEDIO DE LA PRESENTE, LE INFORMO QUE EL HOSPITAL
[NOMBRE COMPLETO DEL HOSPITAL]

CUENTA CON LOS SERVICIOS SUFICIENTES PARA APOYAR LA REALIZACIÓN DEL
ESTUDIO [NOMBRE COMPLETO DEL ESTUDIO].

QUE LLEVARÁ A CABO EL INVESTIGADOR PRINCIPAL [NOMBRE COMPLETO DEL
IP].

LOS SERVICIOS CON LOS QUE CONTAMOS SON LOS SIGUIENTES [MENCIONAR
LAS INSTALACIONES CON LAS QUE CUENTA EL HOSPITAL, DESCRIPCIÓN DE
EQUIPO, PERSONAL DE INTER-CONSULTA, DESCRIPCIÓN DE SERVICIO DE
LABORATORIO Y GABINETES, DISPONIBILIDAD DE CARRO ROJO, ETC.].

TAMBIÉN HAGO DE SU CONOCIMIENTO QUE ESTAMOS DISPUESTOS A ACEPTAR
A CUALQUIER PARTICIPANTE DE DICHO PROTOCOLO EN CASO DE UN EAS.

ATENTAMENTE

[NOMBRE Y FIRMA DEL DIRECTOR MÉDICO DEL HOSPITAL, DIRECTOR
ADMINISTRATIVO Y/O REPRESENTANTE LEGAL]

