



Unidad de Cirugía Cardiovascular de Guatemala
Depto. de Docencia e Investigación

SOLICITUD PARA AUTORIZACIÓN DE TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

INVESTIGADORES:

Nombre del Estudiante o Encargado del Proyecto:

Dirección: _____

Teléfono: _____ Correo Electrónico: _____

Firma: _____

Nombre del Asesor en UNICAR:

Teléfono: _____ Correo Electrónico: _____

Firma: _____

Nombre del Asesor en la Universidad:

Universidad u otra institución: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____ Correo Electrónico: _____

Firma: _____

DEPARTAMENTO DONDE REALIZARA EL ESTUDIO: _____

Nombre del Jefe del Departamento: _____

Firma: _____

.



TEMA DE INVESTIGACION:

Tiempo que durará la investigación: _____

Favor presentar informes periódicos (se determinará el número dependiendo del tiempo de duración del estudio) y reporte de eventos adversos del estudio al Comité de Investigación y Docencia.

Financiamiento para la investigación:

JEFE DEL DEPARTAMENTO DE DOCENCIA E INVESTIGACIÓN

Fecha: ____/____/____ Protocolo # _____ Año: _____

Nombre: _____ Firma: _____

DIRECCIÓN MÉDICA

Nombre: _____

Firma: _____

Sello: