

Ministerio de Salud
Servicio de Salud
Metropolitano Sur Oriente
Hospital Padre Alberto Hurtado
Comité Ético Científico

ANEXO 1
FORMULARIO ANEXO PRESENTACIÓN PROYECTO DE INVESTIGACIÓN
A REALIZAR EN HOSPITAL PADRE HURTADO

IDENTIFICACIÓN	
Centro de Responsabilidad	
Área específica	
Nombre del Proyecto	
Investigador Responsable	
Correo electrónico	
Teléfono	
Patrocinador (identificar)	
Público	
Privado	
TIPO DE ESTUDIO (ver imagen apoyo)	
Ensayo Clínico	
Prospectivo	
Retrospectivo	
Caso-Control	
Cualitativo	
REQUERIMIENTOS	
a) Laboratorio	
Exámenes estándar realizados en	

laboratorio HPH				
Otros exámenes (detallar e indicar financiamiento)				
Necesidad de almacenaje de muestras				
b) Farmacia				
b.1) Fármacos				
Fármacos tratamiento estándar				
Otros fármacos (detallar e indicar financiamiento)				
b.2) Insumos				
Insumos de uso habitual				
Otros insumos (detallar e indicar financiamiento)				
c) Imagenología				
Imágenes de manejo estándar				
Procedimientos especiales (especificar e indicar financiamiento)				
Otros (explicitar e indicar financiamiento)				
d) Infraestructura	Si	No	Tiempo	Frecuencia
Box				
Oficina				
Auditorio				

Observaciones		
e) Otros Requerimientos	Especificar	
Informática		
Estadística		
Archivo		
Otros		
TIEMPO DESTINADO AL ESTUDIO (detallar unidad de tiempo/período)		
Recurso Humano	Tiempo institucional (indicar hrs y frecuencia)	Tiempo No institucional(indicar hrs y frecuencia)
Investigador Responsable		
Coinvestigadores		
Requiere participación de otros funcionarios: (Si-No)		
Administrativos		
Auxiliar de Apoyo – TENS		
Otros profesionales (especificar)		

Documentos adjuntos

Proyecto			Curriculum Vitae y Certificados de Título	
Certificado de Buenas Prácticas en Investigación			Carta de Compromiso del Investigador	
Consentimiento Informado (CI)			Compromiso de Confidencialidad	
Solicitud Exención CI (*)			Declaración Conflictos de Interés	
Registros específicos			Póliza de Seguro (*)	
Memorándum Jefe Unidad			Comprobante de Pago en Finanzas (*)	
Otros				

(*) Cuando corresponda.

Firma Investigador Responsable: _____

Nombre y Firma Jefe Unidad: _____

Fecha: _____