|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Seleccionar, a Fecha | | |
|  | | |
| **Comisión Federal para la Protección Contra Riesgos Sanitarios. COFEPRIS.**  Comisión de Autorización Sanitaria  Secretaría de Salud  P r e s e n t e | | |
|  | | |
| **Asunto:** Instalaciones | | |
|  |  | |
| **Código** | Código. | |
| **Título** | **Título**. | |
| **Sitio clínico** | Unidad de Investigación en Salud de Chihuahua, S.C. Automático. | |
| **Investigador Principal** | | **Título. Nombre completo**. |
|  | | |
| **A quien corresponda:** | | |
|  | | |
| Por este medio informo que para realizar el estudio arriba mencionado, la Unidad de Investigación en Salud de Chihuahua, S.C. cuenta con las siguientes **INSTALACIONES**: | | |
|  | | |
| * Consultorios médicos equipados con báscula calibrada y baumanómetro. * Electrocardiógrafo de 12 derivaciones. * Área clínica con reposet, bomba de infusión y carro rojo equipado. * Farmacia equipada con refrigerador y congelador de -20°C, calibrados, y con respaldo de energía eléctrica. * Área para toma de muestras de laboratorio, con centrífuga calibrada. * Archivo de expedientes confidenciales, con almacén de materiales y reactivos. * Área para monitoreo y capacitación. * Control de temperatura ambiental, conexiones de Internet, teléfono y fax. * Recursos humanos de 12 personas dedicadas a actividades de investigación clínica. | | |
|  | | |
| |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | Cláusula de proveedores externos | Si |  |  | No |  |  | | | |
|  | | |
| Así mismo, le informo que contamos con los convenios de atención necesarios, lo cual consta en los siguientes documentos, que adjunto a la presente:   |  |  | | --- | --- | | **Servicio** | **Proveedor** | |  |  | | | |
|  | | |
| Sin otro particular por el momento. | | |
|  | | |
| Atentamente, | | |
|  | | |
|  | | |
| **Dra. María de la Merced Velázquez Quintana**  Dirección General  Unidad de Investigación en Salud de Chihuahua, S.C. | | |