

**Documento fuente**

**Nombre de la visita**

|  |  |
| --- | --- |
| **Fecha de la visita** |  |
|  |  |
| **Código del protocolo** |  |
|  |  |
| **Investigador principal** |  |
| **Sub-investigador** |  |
| **Coordinador de estudios** |  |
|  |  |
| **Número de sujeto** |  |
| **Iniciales del sujeto** |  |

Sitio clínico

Unidad de Investigación en Salud de Chihuahua, S.C. Seleccionar [www.uis.com.mx](http://www.uis.com.mx)