|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Chihuahua, Chih., dd-mmm-aaaa | | |
|  | | |
| **Dr(a). Nombre completo del Investigador principal** | | |
| Investigador principal | | |
| P r e s e n t e | | |
|  | | |
| **Asunto:** Aceptación de responsabilidades | | |
| **Código UIS:** Código UIS | | |
|  | | |
| **Código** | Código. | |
| **Título** | Título. | |
| **Patrocinador** | Nombre del patrocinador. | |
| **Domicilio sitio** | Escribir el domicilio. | |
|  | | |
| **Estimado Dr(a). Apellido paterno del investigador principal:** | | |
|  | | |
| En relación al protocolo arriba mencionado, hacemos de su conocimiento que estos comités revisaron los aspectos éticos, la relación riesgo/beneficio y la garantía de bienestar de los sujetos que participan en dicho estudio, emitiendo el siguiente dictamen: **Aprobada la migración**. | | |
|  | | |
| El material y/o documentos revisados fueron: | | |
|  | | |
| * Describir con nombre, versión y fecha. | | |
|  | | |
| Así mismo, le informamos que esta autorización tiene vigencia de un año, por lo que usted deberá solicitar la renovación en forma oportuna. Para ello, deberá entregar al menos 30 días antes una solicitud escrita, acompañada del informe anual de actividades del estudio. | | |
|  | | |
| Sin otro particular por el momento, le enviamos un cordial saludo. | | |
|  | | |
| Atentamente, | | |
|  | | |
|  | | |
|  | | |
| **Dra. María Elena Martínez Tapia**  Presidente del Comité de Ética en Investigación  Unidad de Investigación en Salud de Chihuahua, S.C. | | **Dr. Juan Carlos Cantú Reyes**  Presidente del Comité de Investigación  Unidad de Investigación en Salud de Chihuahua, S.C. | |