|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Chihuahua, Chih., dd-mmm-aaaa | | |
|  | | |
| **Dr(a). Nombre completo del Investigador principal** | | |
| Investigador principal | | |
| P r e s e n t e | | |
|  | | |
| **Asunto:** Aprobación de Enmienda | | |
| **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 este comité revisó y **aprobó** la siguiente Enmienda: | | |
|  | | |
| * Escribir nombre, versión y fecha. | | |
|  | | |
| Así mismo, le informamos que la autorización para realizar el estudio tiene vigencia de un año, contado a partir de la fecha de aprobación inicial, por lo cual 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.  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. |