|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Chihuahua, Chih., dd-mmm-aaaa | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
| **Dr(a). Nombre completo del Investigador principal** | | | | | | | |
| Investigador principal | | | | | | | |
| P r e s e n t e | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
| **Asunto:** Revisión de desviación | | | | | | | |
| **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 el reporte entregado el dd-mmm-aaaa. | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
| **# Sujeto** |  | | | **# Visita** |  | **Fecha** |  |
| **Descripción** | | |  | | | | |
| **Acciones tomadas** | | |  | | | | |
|  | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
| De acuerdo a los parámetros establecidos, estos comités calificaron el evento descrito como una **Desviación o Violación**. | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
| 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. | | |