|  |  |
| --- | --- |
| 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 CI | |
| **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, hago de su conocimiento que este comité revisaron el reporte entregado el dd-mmm-aaaa. | |
|  | |
| De acuerdo a los parámetros establecidos, se calificó el evento descrito como una **Desviación o Violación**. | |
|  | |
| Sin otro particular por el momento, reciba un cordial saludo. | |
|  | |
| Atentamente, | |
|  | |
|  | |
|  | |
| **Dr. Juan Carlos Cantú Reyes**  Presidente del Comité de Ética en Investigación  Unidad de Investigación en Salud de Chihuahua, S.C. | |