|  |  |
| --- | --- |
| Zapopan, Jal., 2022-01-14 | |
|  | |
| **Comisión Federal para la Protección Contra Riesgos Sanitarios. COFEPRIS.**  Comisión de Autorización Sanitaria  Secretaría de Salud  P r e s e n t e | |
|  | |
| **Asunto:** Autorización | |
|  | |
| **Código** | Prueba1. |
| **Título** | . |
| **Patrocinador** | . |
| **Sitio clínico** | Unidad de Investigación en Salud de Chihuahua, S.C. Unidad de Investigación en Salud de Chihuahua S.C.. |
|  | |
| **A quien corresponda:** | |
|  | |
| Con la presente **AUTORIZO** Dr/Dra. Mario Lopez a que realice el protocolo de investigación clínica mencionado. | |
|  | |
| Los documentos relacionados a esa investigación fueron revisados y aprobados por el Comité de Ética de la empresa, integrado por los Comités de Ética en Investigación y de Investigación, mismo que estará vigilando su desarrollo. | |
|  | |
| También informo que los Eventos Adversos Serios que lo ameriten, serán atendidos en Hos. | |
|  | |
| Sin otro particular por el momento. | |
|  | |
| Atentamente, | |
|  | |
|  | |
|  | |
| **Dra. María de la Merced Velázquez Quintana**  Dirección General  Unidad de Investigación en Salud de Chihuahua, S.C. | |