|  |  |
| --- | --- |
| Chihuahua, Chih., ${fecha} | |
|  | |
| **${tituloAbre} ${nombre}** | |
| Investigador principal | |
| P r e s e n t e | |
|  | |
| **Asunto:** Aceptación de responsabilidades CEI | |
| **Código UIS:** ${codigoUis} | |
|  | |
| **Código** | ${codigo}. |
| **Título** | ${titulo}. |
| **Patrocinador** | ${patrocinador}. |
| **Domicilio sitio** | ${domicilio}. |
|  | |
| **Estimado(a) ${tituloAbre} ${apellido}:** | |
|  | |
| En relación al protocolo arriba mencionado, hago de su conocimiento que este comité revisó los aspectos éticos, la relación riesgo/beneficio y la garantía de bienestar de los sujetos que participen en dicho estudio, emitiendo el siguiente dictamen: **${dictamen}.** | |
|  | |
| El material y/o documentos revisados fueron: | |
|  | |
| * ${documento}. | |
|  | |
| Así mismo, le informo 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, reciba 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. | | |