|  |  |
| --- | --- |
| ${ciudad}, ${estado}, ${fecha} | |
|  | |
| **Comisión Federal para la Protección Contra Riesgos Sanitarios. COFEPRIS.**  Comisión de Autorización Sanitaria  Secretaria de Salud  P r e s e n t e | |
|  | |
| **Asunto:** Autorización | |
|  | |
| **Código** | ${codigo} |
| **Título** | **${titulo}**. |
| **Patrocinador** | ${patrocinador}. |
| **Sitio clínico** | Unidad de Investigación en Salud de Chihuahua, S.C. ${direccion} |
|  | |
| **A quien corresponda:** | |
|  | |
| Con la presente **AUTORIZO** al Dr(a). ${nombre} 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 ${hospital}. | |
|  | |
| 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. | |