|  |  |
| --- | --- |
| Seleccionar, Fecha | |
|  | |
| **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** | Código. |
| **Título** | **Título**. |
| **Patrocinador** | Nombre del Patrocinador. |
| **Sitio clínico** | Unidad de Investigación en Salud de Chihuahua, S.C. Automático. |
|  | |
| **A quien corresponda:** | |
|  | |
| Con la presente **AUTORIZO** Por género Nombre completo del Investigador Principal 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 Nombre del Hospital para atención de urgencias. | |
|  | |
| 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. | |