|  |  |
| --- | --- |
| Lugar, Fecha | |
|  | |
| **Dra. María de la Merced Velázquez Quintana**  Dirección General  Unidad de Investigación en Salud de Chihuahua, S.C.  P r e s e n t e | |
|  | |
| **Asunto:** Solicitud de resumen clínico | |
|  | |
| **Código** | Código. |
| **Título** | **Título**. |
| **Patrocinador** | Nombre del patrocinador. |
|  | |
| Con la presente solicito a usted me proporcione un resumen clínico, elaborado a partir de la información obtenida durante mi participación en el estudio mencionado. | |
|  | |
| Sin otro particular por el momento. | |
|  | |
| Atentamente, | |
|  | |
|  | |
|  | |
| **Nombre y firma de la persona que solicita** | |