**REGISTRO PROVINCIAL DE INVESTIGACIÓN EN SALUD (RePIS)**

### REGISTRO DE PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN

SIN RIESGO O RIESGO MÍNIMO

N° de REPIS

inicial

Debe ser completado por el CIEIS.

|  |
| --- |
|  **I. DATOS DEL ESTUDIO** |
| Título (como figura en el protocolo) |   |

|  |
| --- |
| **II. CLASIFICACIÓN SEGÚN GRADO DE RIESGO** (Marcar lo que corresponde)  |
| [ ]  SIN RIESGO  |
| [ ]  CON RIESGO MINIMO |

|  |
| --- |
| **III. EL ESTUDIO ES PATROCINADO?** NO [ ]  SI [ ]  Si la respuesta es sí, detallar **PATROCINADOR:** |
|  Razón Social (Universidad, Fundación, Institución que otorga beca, etc.) |   |

|  |  |
| --- | --- |
|

|  |
| --- |
| **IV. INVESTIGADOR PRINCIPAL** |

**Apellido/s y nombre/s del Investigador Principal** |
|  TE fijo / celular | mail |
| ¨Título de grado | Universidad / Institución  |

|  |
| --- |
| V. INSTITUCIÓN DONDE SE REALIZA EL ESTUDIO |
| Razón social |   |

|  |
| --- |
| VI. CIEIS INTERVINIENTE |
| Razón social |   |
|  Dirección |   |
|  Teléfono / celular |   |  |  |
|  E-mail |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **VII. FECHA DE APROBACIÓN DEL CIEIS** |  |

 Firma Coordinador/a o subcoordinador/a del CIEIS Sello Fecha