**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