



PERÚ

Ministerio de Salud

Hospital Nacional Dos de Mayo

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DEL COMITÉ DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN BIOMÉDICA

R.D. Nº 224 – 2018 / D / HNDM

Fecha: 11 / 12 / 2018

Comité de Ética en Investigación Biomédica

FORMULARIO Nº 13

FORMATO DE CONSULTAS Y QUEJAS	
Asunto del documento:	<input type="checkbox"/> Consulta <input type="checkbox"/> Queja <input type="checkbox"/> Otro _____
Nombre y apellidos:	_____
Nº DNI (opcional):	_____
Nombre del investigador principal:	_____
Nombre o código del Estudio (para qué enfermedad?)	_____ _____
Descripción de la consulta o queja al detalle	_____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____
¿Realizó la consulta o queja al investigador principal?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
	Fecha ____/____/____
¿Obtuvo alguna respuesta?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Detalle la respuesta: _____ _____ _____
¿Cómo lo contactamos?	Celular o teléfono: _____ Correo electrónico: _____ Dirección: _____ _____
Firma y fecha	
	Fecha: ____/____/____



PERÚ

Ministerio
de Salud

Hospital Nacional
Dos de Mayo

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DEL
COMITÉ DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN BIOMÉDICA

R.D. N° 224 – 2018 / D / HNDM

Fecha: 11 / 12 / 2018

Comité de Ética en
Investigación Biomédica

Información adicional (para ser llenado por personal del CEIB)	
Tipo de notificación	<input type="checkbox"/> Consulta <input type="checkbox"/> Queja
Tipo de estudio	<input type="checkbox"/> Tesis <input type="checkbox"/> Observacional <input type="checkbox"/> Ensayo clínico (Fase: _____)
Investigador Principal	
Fecha de recepción de la consulta o queja ____/____/____	Fecha de notificación al CEIB ____/____/____
Nombre de quien notifica: _____	Nombre de quien recibe la notificación: _____
<i>Firma del que notifica al CEIB</i>	<i>Firma del que recibe la notificación</i>