Instrucciones:

El presente documento está conformado de la siguiente forma:

1. La primera página, es la presente (Instrucciones), puede omitir la impresión y presentación de esta hoja, ya que es sólo para su guía.
2. En el encabezado se indica Comité Ético Científico Central (CEC-CENTRAL-CCSS), para estudios que sean sometidos a otros Comités en la Institución, se deben modificar los datos del Comité, el número teléfono y el número de fax.
3. Es el formato que se debe utilizar para la presentación del documento “No objeción para la realización de la investigación biomédica por parte de Jefatura de Servicio y Dirección Médica. Este documento es de una página por cada centro asistencial en que se desee realizar la investigación.
4. Está conformado por secciones (3 en total): 1) Nombre del investigador y nombre de la investigación, 2) Texto del compromiso y 3) Nombre, número de cédula, firma y fecha de la Jefatura de Servicio y de la Dirección Médica. Si se va a utilizar más de un servicio en el centro asistencia, debe agregar los datos del mismo.
5. Utilice la tipografía de Arial 11 puntos, con interlineado sencillo, color negro.
6. No modifique los márgenes.
7. Anotar el nombre, número de cédula, firma y fecha, donde corresponda.

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre investigador principal: | Anotar el nombre del investigador principal |
| Título de protocolo de investigación biomédica: | Anotar el nombre del protocolo de la investigación biomédica |

|  |
| --- |
| Previo al análisis por parte del Comité, se requieren las firmas de la presente “No objeción para la realización de la investigación por parte de la Jefatura de (Unidad/Servicio) y Dirección Médica del (centro asistencial). Con estas firmas mencionadas anteriormente, se da la anuencia de que esta investigación desde el punto de vista administrativo no va en contra del adecuado funcionamiento del Servicio/Unidad donde se pretende realizar la investigación, ni existe algún grado de eventual perturbación a los pacientes. Con la mencionada anuencia y demás documentación de solicitud completa, el Comité analizará el estudio y dará la resolución. |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_/\_\_\_\_/ \_\_\_\_ |
| Nombre Jefe de Servicio/Unidad | Cédula | Firma | Fecha |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_/\_\_\_\_/ \_\_\_\_ |
| Nombre Dirección Médica | Cédula | Firma | Fecha |