



**HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO  
DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN Y ENSEÑANZA  
FORMATO ÚNICO DE REGISTRO  
DE  
PROTOCOLO/TESIS**



**Sección para ser llenada por la Dirección de Investigación**

|                       |  |
|-----------------------|--|
| Número de registro    |  |
| Fecha de recibido     |  |
| Fecha de Revisión (1) |  |
| Fecha de Revisión (2) |  |
| Fecha de dictamen     |  |

**Dictamen asignado al Protocolo/Tesis de Investigación**

Aprobado     No Aprobado     Modificar y volver a Presentar

**Medico Investigador**

Apellido Paterno

**Investigador Responsable**

Apellido Materno

**Tutor**

Firma

**Departamento, Laboratorio, Servicio**

**Teléfono**

**Extensión**

**Categoría de Investigador  
En Ciencias Médicas de  
la Secretaría de Salud**

A     B     C     D     E     F     Ninguno

**Médico Adscrito**

A     B     C

**Nivel SNI**

Candidato     Nivel I     Nivel II     Nivel III     Ninguno

**Nivel máximo de estudios**

Licenciatura     Especialidad     Maestría     Doctorado

**Correo electrónico**

**Título del Protocolo/  
Tesis de Investigación**

| Duración del proyecto | Mes | Año |
|-----------------------|-----|-----|
| Fecha de Inicio       |     |     |
| Fecha de Término      |     |     |

**Producto derivado de la Investigación**

**Revistas**

Publicación    Nivel I    Nivel II    Nivel III    Nivel IV    Nivel V    Libro

Tesis    Licenciatura    Especialidad    Maestría    Doctorado

**Participación**

Estancias    Interna    Externa    Seminario    Cartel    Congreso    Oral

Conferencia Magistral    Foros Nacionales    Foros Internacionales

**Área de la Investigación**

Biomédica    Clínica    Interdisciplinaria

Industria Farmacéutica    Informática Médica    Innovación Tecnológica

Epidemiológica    Sistema o Servicio de Salud    Farmacología Clínica

Investigación Quirúrgica    Colaboración con otras Instituciones

**Tipo de Investigación**

Retrospectivo    Prospectivo    Longitudinal    Transversal    Experimental    No Experimental

Comparativo    Descriptivo    Abierto    Cerrado

**Vinculación con Líneas Prioritarias**

Trasplante y Preservación de Órganos, Células, Células Troncales y Tejidos

Sistema de Salud, Economía de la Salud y Seguridad Social

Enfermedades Infecciosas y Parasitarias

Salud Reproductiva y Medicina Perinatal

Desarrollo de tecnologías de Salud

Trastornos Psiquiátricos y Mentales

Enfermedades Crónicas

Neoplasias Malignas

Grupos Vulnerables

Medio Ambiente y Salud

Trastornos de Nutrición

Accidentes

Otra (describir): \_\_\_\_\_

**Tamaño de la muestra aproximada (numero de pacientes):** \_\_\_\_\_

**Participantes:**

| <b>TESISTA</b>                     |  |
|------------------------------------|--|
| Nombre                             |  |
| Nivel máximo de estudios           | <input type="checkbox"/> Licenciatura <input type="checkbox"/> Especialidad <input type="checkbox"/> Maestría <input type="checkbox"/> Doctorado |
| Disciplina                         |  |
| Especialidad                       |  |
| Adscripción/Residencia             |  |
| Institución                        |  |
| Actividad principal en el proyecto |  |
| Correo electrónico                 |  |
| Firma                              |  |

| <b>Co-investigador I</b>           |  |
|------------------------------------|--|
| Nombre                             |  |
| Nivel máximo de estudios           | <input type="checkbox"/> Licenciatura <input type="checkbox"/> Especialidad <input type="checkbox"/> Maestría <input type="checkbox"/> Doctorado   |
| Categoría de la SS                 | <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Ninguna |
| Categoría del SNI                  | <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Candidato <input type="checkbox"/> Nivel I <input type="checkbox"/> Nivel II <input type="checkbox"/> Nivel III                          |
| Disciplina                         |  |
| Especialidad                       |  |
| Adscripción/Residencia             |  |
| Institución                        |  |
| Actividad principal en el proyecto |  |
| Correo electrónico                 |  |
| Firma                              |  |

| <b>Co-investigador II</b>          |  |
|------------------------------------|--|
| Nombre                             |  |
| Nivel máximo de estudios           | <input type="checkbox"/> Licenciatura <input type="checkbox"/> Especialidad <input type="checkbox"/> Maestría <input type="checkbox"/> Doctorado   |
| Categoría de la SS                 | <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Ninguna |
| Categoría del SNI                  | <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Candidato <input type="checkbox"/> Nivel I <input type="checkbox"/> Nivel II <input type="checkbox"/> Nivel III                          |
| Disciplina                         |  |
| Especialidad                       |  |
| Adscripción/Residencia             |  |
| Institución                        |  |
| Actividad principal en el proyecto |  |
| Correo electrónico                 |  |
| Firma                              |  |

| <b>Co-investigador III</b>         |  |
|------------------------------------|--|
| Nombre                             |  |
| Nivel máximo de estudios           | <input type="checkbox"/> Licenciatura <input type="checkbox"/> Especialidad <input type="checkbox"/> Maestría <input type="checkbox"/> Doctorado   |
| Categoría de la SS                 | <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Ninguna |
| Categoría del SNI                  | <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Candidato <input type="checkbox"/> Nivel I <input type="checkbox"/> Nivel II <input type="checkbox"/> Nivel III                          |
| Disciplina                         |  |
| Especialidad                       |  |
| Adscripción/Residencia             |  |
| Institución                        |  |
| Actividad principal en el proyecto |  |
| Correo electrónico                 |  |
| Firma                              |  |

| <b>Co-investigador IV</b>          |  |
|------------------------------------|--|
| Nombre                             |  |
| Nivel máximo de estudios           | <input type="checkbox"/> Licenciatura <input type="checkbox"/> Especialidad <input type="checkbox"/> Maestría <input type="checkbox"/> Doctorado   |
| Categoría de la SS                 | <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Ninguna |
| Categoría del SNI                  | <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Candidato <input type="checkbox"/> Nivel I <input type="checkbox"/> Nivel II <input type="checkbox"/> Nivel III                          |
| Disciplina                         |  |
| Especialidad                       |  |
| Adscripción/Residencia             |  |
| Institución                        |  |
| Actividad principal en el proyecto |  |
| Correo electrónico                 |  |
| Firma                              |  |

**Servicios Participantes****Nombre y firma Jefe de Servicio**


---



---



---



---



---



---



---



---



---



---

**Colaboraciones con otras instituciones**
 Si     No

(Se deberá anexar una carta de apoyo firmada por el colaborador de cada instituto participante, donde describa el tipo de apoyo, además de indicar si el Protocolo/Tesis es generado en el Hospital Juárez de México o en el instituto de colaboración.)

Institución 1

Nacional     Extranjera Pública     Privada 

Institución 2

Nacional     Extranjera Pública     Privada 

Institución 3

Nacional     Extranjera Pública     Privada **Fuentes de financiamiento**Cuenta con financiamiento    No     Pretende apoyo de: \_\_\_\_\_Si 

Fuente 1

 Interno     Internacional Nacional Publica     Nacional privada

Monto en M.N.

Fuente 2

 Interno     Internacional Nacional Publica     Nacional privada

Monto en M.N.

**Riesgo de la Investigación** Sin riesgo     Con riesgo mínimo     Riesgo mayor al mínimo

- **Se anexa guía formato (HJM-DIE-FOR-003-AP).** Para el Desarrollo del Protocolo/Tesis de Investigación.

**SE RECOMIENDA TRATAR DE LLENAR TODOS LOS INCISOS QUE ABARCA LA GUIA EN UN MÍNIMO DE 10 Y MÁXIMO DE 20 CUARTILLAS.**

- **Consideraciones finales.** Es compromiso del Medico Investigador, Investigador Responsable, Tutor y Residente de informar trimestralmente el avance del protocolo al Área de Registro de Protocolos y Seguimiento de la Dirección de Investigación mediante el formato **(HJM-DIE-FOR-012-AP)** para la investigación básica, clínica y tesis. Y para la industria química farmacéutica mediante el formato **(HJM-DIE-FOR-013-AP)**. Además de anexar copia de constancia si se presenta el Protocolo/Tesis de Investigación en Congresos o Foros Nacionales e Internacionales.

- **Nota: Es importante mencionar el tamaño de muestra en el protocolo.**

**Sección para ser llenada por la Autoridad Institucional**

Observaciones:

---

---

---

---

---

---

---

Nombre(s) de quien (es) autoriza(n):

---

---

---

---

---

---