



**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

Nombre (s)

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:

TESISTA	
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	

Co-investigador I	
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	

Co-investigador II	
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	

Co-investigador III	
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	

Co-investigador IV	
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):
