



**HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO
DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN Y ENSEÑANZA**



INFORME DE CONCLUSION DE PROTOCOLO/TESIS DE INVESTIGACION

DI/ARPS ____ / ____.

México D.F. a ____ de _____ de ____.

**MEDICO INVESTIGADOR/INVESTIGADOR RESPONSABLE/TUTOR
PRESENTE**

De acuerdo con los lineamientos y políticas en investigación se hace de su conocimiento que el Medico Residente _____ de la especialidad en _____ concluye y entrega el Reporte Final de Protocolo/Tesis de Investigación titulado:

Con número de registro asignado: _____.

Sirva lo anterior para los trámites correspondientes del interesado.

**ATENTAMENTE
AREA DE REGISTRO DE PROTOCOLOS Y SEGUIMIENTO**

QFB. ROSA MARIA ÑÚÑEZ FARFAN

c.c.p. _____.- _____.
_____.- _____.

Para el interesado.