

SOLICITUD DE ASESORÍA/APOYO A LA UNIDAD DE EPIDEMIOLOGÍA CLÍNICA. INCMNSZ.

Enviar a: epidclinica@incmnsz.mx

DATOS DE LA PERSONA QUE SOLICITA:

Nombre y apellidos:

Posición en el INCMNSZ:

Área/Departamento:

Correo-e:

Tel. Cel:

FECHA DE LA SOLICITUD: dd/mm/aaaa

DATOS DEL PROYECTO:

Título:

Objetivo(s) principal(es) del proyecto:

Sitio donde se planea desarrollar el proyecto:

¿El proyecto se planea como, o es parte de, un estudio multicéntrico? SÍ ___ NO ___

Adjuntar resumen del proyecto (Máximo una cuartilla)

PROPÓSITO DE LA ASESORÍA:

Afinar Diseño antes de envío a comités ()

Atender sugerencias de Comités/Revisores ()

Colaboración en procesos varios:

Diseño base de datos ()

Preparar sorteo para ensayo clínico controlado ()

Planear análisis intermedio ()

Orientar/contribuir en análisis estadístico de resultados ()

Otro propósito (describir):