|  |
| --- |
| **Fecha solicitud delegación:** |

|  |
| --- |
| **I. Identificación del Estudio** |
| Título del Estudio: |
| ID del estudio |
| Investigador Responsable: |
| Teléfono investigador/a: |
| Correo electrónico investigador/a: |
| Unidad/Departamento/Servicio: |

|  |
| --- |
| El Comité Ético Científico de Clínica Santa María, por razones justificadas y excepcionalmente, podrá otorgar al Investigador Responsable autorización para la delegación del proceso y toma de Consentimiento Informado. Es responsabilidad del investigador solicitar, documentar y justificar dicha solicitud. |
| **II. Justificación de la solicitud de delegación**  ***Señale por qué solicita la delegación de toma de Consentimiento Informado*** |

|  |
| --- |
| **III. Identificación de los/as profesionales delegados para la toma de CI** |
| Nombre | Profesión | RUT | Función en el estudio | Firma |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **IV. Compromiso del Investigador Responsable** |
| **Como Investigador Responsable, declaro que no me excluyo de velar para que el proceso y toma de Consentimiento Informado se realice correctamente.****Acredito que las los/las profesionales mencionados cumplen con las competencias necesarias para llevar a cabo el proceso de Consentimiento Informado y Buenas Prácticas en Investigación**. |
| Nombre Investigador Responsable | Firma | Fecha |

|  |
| --- |
| **V. Uso interno del Comité Ético Científico de Clínica Santa María** |
| **Conclusión CEC**

|  |  |
| --- | --- |
|  |  **Se autoriza la delegación de toma de Consentimiento Informado** |

|  |  |
| --- | --- |
|  |  **No se autoriza la delegación de toma de Consentimiento Informado** |

 |
| **IV. Observaciones:** |
|  |  |