Para llenar el formulario por favor utilizar letra Arial, tamaño mínimo 10, espacio interlineado sencillo

1. **IDENTIFICACIÓN DEL PROYECTO**

TÍTULO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. **CENTROS DE RESPONSABILIDAD (CR) Y UNIDADES PARTICIPANTES EN LA EJECUCIÓN DEL PROYECTO:**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. **INVESTIGADOR RESPONSABLE DEL PROYECTO**

Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Departamento o Unidad de desempeño: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Institución a la que pertenece: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Relación con el Hospital Luis Calvo Mackenna:

\_\_\_\_ Funcionario (Hospital – Fundación)

\_\_\_\_ Convenio Asistencial Docente (señale el convenio: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

\_\_\_\_ Convenio para Investigación (señale el convenio: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

Función dentro del proyecto: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. **CO-INVESTIGADORES** (Completar para cada uno)

Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Departamento o Unidad: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Institución a la que pertenece: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Relación con el HLCM.

\_\_\_\_ Funcionario (Hospital – Fundación)

\_\_\_\_ Convenio Asistencial Docente (señale el convenio: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

\_\_\_\_ Convenio para Investigación (señale el convenio: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

Función dentro del proyecto: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Departamento o Unidad: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Institución a la que pertenece: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Relación con el HLCM.

\_\_\_\_ Funcionario (Hospital – Fundación)

\_\_\_\_ Convenio Asistencial Docente (señale el convenio: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

\_\_\_\_ Convenio para Investigación (señale el convenio: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

Función dentro del proyecto: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. **COMPROMISO DEL INVESTIGADOR RESPONSABLE**

Yo, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Nombre del investigador) en mi calidad de Investigador Principal del proyecto de investigación\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Nombre del proyecto de investigación),

**Me comprometo a:**

1. Declarar mis potenciales conflictos de interés ante la UCAD y el Comité de Ética respectivo.

3. Reportar a la UCAD y el Comité de Ética cualquier desviación y/o enmienda del proyecto.

4. Enviar a la UCAD un informe de avance cada año a contar de la fecha de la resolución de aprobación para la realización del proyecto.

5. Enviar a la UCAD un informe al final al término del estudio.

6. Comunicar a la UCAD: cierre, auditorías, inspecciones o suspensión del estudio, enviando un informe con los resultados obtenidos hasta esa fecha, razones de la suspensión y programa de acción con los sujetos participantes (si aplica).

7. Garantizar que el procedimiento del consentimiento informado se lleve a cabo de tal forma que promueva la libertad y autonomía del sujeto, asegurándose que éste logró entender adecuadamente la investigación, sus probables riesgos y beneficios.

**Declaro**

8. Conocer las leyes y normativas vigentes para la conducción correcta del proyecto.

9. Que el proyecto presentado pertenece a un grupo de investigación compuesto por el investigador responsable y el/los co-investigador/es. En el caso de que alguno de los integrantes, incluyendo al investigador principal, renuncie al hospital o no pueda continuar el presente proyecto por cualquier causa, el equipo restante podrá nombrar a un nuevo investigador responsable dentro de los mismos co-investigadores que conforman el grupo y continuar con la ejecución del proyecto.

Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

RUT: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. **RESUMEN DEL PROYECTO**

(Utilizar formato estructurado señalando: Antecedentes, Objetivos, Metodología, Resultados esperados. Espacio máximo una página,)

1. **FORMULACIÓN GENERAL DEL PROYECTO:**

(Debe contener la introducción al tema planteado, discusión bibliográfica, fundamentación teórica. **Máximo 4 páginas**, incluida la bibliografía).

1. **PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN**
2. **HIPÓTESIS**
3. **OBJETIVOS**

**A.- OBJETIVO GENERAL**

**B.- OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

1. **METODOLOGÍA.**

(Detalle su metodología e incluya las referencias bibliográficas que correspondan. Se sugiere incluir el tipo de estudio, el lugar del estudio, el período, los criterios de inclusión y exclusión, las definiciones de las variables a estudiar, las técnicas a utilizar y el análisis estadístico. Máximo 2 páginas).

1. **PRESENTACIÓN A COMITÉ DE ÉTICA CIENTÍFICO O DE INVESTIGACIÓN (CEC)**

**Esta evaluación es OBLIGATORIA para toda investigación que involucre SERES HUMANOS, DATOS SENSIBLES y/o USO DE MUESTRAS BIOLÓGICAS HUMANAS**

PARA LOS ESTUDIOS CON INTERVENCIÓN EN SERES HUMANOS EL COMITÉ DEBE CONTAR CON UN PEDIATRA DENTRO DE SUS EVALUADORES

|  |
| --- |
| **Señalar a qué Comité de Ética Científico lo va a presentar** |
|  |

1. **CONSENTIMIENTO Y/O ASENTIMIENTO** INFORMADO (insertar documento)
2. **PLAN DE TRABAJO:**

(Haga una carta Gantt que señale las etapas, actividades específicas, tiempo que espera ocupar en cada una de ellas durante el tiempo que espera dure su proyecto. Incluya las unidades clínicas y/o administrativas del HLCM en las que se desarrollará su proyecto. La carta Gantt debe ocupar 1 hoja como máximo y debe incluir:

1. Etapas

2. Actividades específicas

3. Unidades clínicas y/o administrativas en las que se desarrollarás las actividades

4. Tiempo de desarrollo de cada actividad

5. Análisis de datos y resultados

6. Tiempo total de desarrollo de proyecto

7. Difusión de resultados: presentación en congresos, publicaciones

1. **FINANCIAMIENTO**

Indicar la alternativa que corresponde. Señalar si su proyecto cuenta con financiamiento de algún fondo

* No cuenta con financiamiento
* Cuenta con financiamiento:

Indicar institución responsable del proyecto: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Indicar origen del financiamiento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Monto total aprobado para el proyecto: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Indicar si corresponde *overhead*: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Comentarios y observaciones respecto del presupuesto. En el caso de existir otra fuente de financiamiento, especificar el aporte al proyecto.