

FORMATO DE INFORME DE FINALIZACIÓN DE INVESTIGACIONES OBSERVACIONALES O DE INTERVENCIÓN

A. DATOS DE IDENTIFICACIÓN	
Código CEISH-HVQ:	
Tipo de Investigación:	
Financiamiento y Monto:	
Tiempo de ejecución de la investigación:	
Fecha del informe:	

TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN

OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

INVESTIGADORES PARTICIPANTES					
Función/Rol	Nombre Completo	Cédula de ciudadanía/ Pasaporte	Entidad a la que pertenece	Correo electrónico	Teléfono celular

ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DONDE SE REALIZARÁ LA INVESTIGACIÓN Y/O RECOLECTARÁN LAS MUESTRAS BIOLÓGICAS					
Nombre Institución	Tipo Pública/Privada	Dirección Postal	Persona de Contacto	Correo electrónico Persona de Contacto	Teléfono Persona de Contacto

B. HISTORIAL DE ENMIENDAS			
		Documentación	

# Enm	Fecha Solicitud	Documento	Versión	Fecha	Enmienda	Fecha aprobación CEISH-HVQ

C. HISTORIAL DE RENOVACIONES

N°	Fecha Solicitud	Fecha Aprobación	Periodo Renovación

D. EJECUCIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

Fecha de finalización de la investigación	<i>Día, mes, año</i>		
¿Finalizó prematuramente la investigación?	Si	<input type="checkbox"/>	
	No	<input type="checkbox"/>	
<i>En caso afirmativo, justificar los motivos de la terminación anticipada de la investigación y describir las medidas adoptadas con los sujetos de investigación</i>			

SUJETOS DE LA INVESTIGACIÓN

Tamaño muestral:		
Número de sujetos incluidos en la investigación hasta el momento:		
¿Se alcanzará el tamaño muestral?	Si	
	No	
	<i>Explicar los motivos por los cuales no se alcanzará el tamaño muestral</i>	
Número total de sujetos de investigación que se retiraron voluntariamente del estudio:		
Número total de sujetos de investigación que fueron excluidos del estudio:	<i>Justificar.</i> <i>¿Se informó a los participantes de su retiro de la investigación?</i>	

MUESTRAS BIOLÓGICAS		
Número de muestras biológicas recolectadas al momento:		
Tipo de muestras biológicas recolectadas:	<i>Sangre, saliva, heces, esputo, etc.</i>	
Estado de las muestras biológicas recolectadas	Destruídas	<input type="checkbox"/>
	En almacenamiento para uso futuro	<input type="checkbox"/>

INFORMACIÓN RECOPIADA		
Tipo de información recopilada	Describa el tipo de información que fue recopilada durante la investigación	
Disposición de la información recopilada	Destruída	<input type="checkbox"/>
	En almacenamiento	<input type="checkbox"/>
	Detalle el tiempo durante el cual almacenará la información	

RESULTADOS
<p>Describa los resultados de la investigación.</p> <p>Describa las presentaciones y publicaciones o resúmenes enviados para publicación.</p> <p>Describa la forma en la que los participantes fueron informados de los resultados de la investigación (si aplica)</p>

LIMITACIONES
Resuma brevemente las limitaciones/inconvenientes/retrasos que se han suscitado hasta el momento, y que afecten a la ejecución de la investigación.

Certifico que la información contenida en este documento es veraz y que esta investigación se ejecuta de conformidad con el proyecto de investigación aprobado por el Comité de Ética de Investigación en Seres Humanos (CEISH) CORPORACIÓN HVQ S.A. (HOSPITAL VOZANDES QUITO).

Fecha de presentación

Atentamente,

Nombres completos del investigador principal: _____
 Nombre de la institución: _____
 Correo electrónico: _____
 Telf.: _____