

Ministerio de  
**SALUD**

**ENTRE  
TODOS**

GOBIERNO DE LA PROVINCIA DE  
**CÓRDOBA**

**VAMOS  
MÁS ALTO**

**REGISTRO PROVINCIAL DE INVESTIGACIÓN EN  
SALUD (RePIS)**

**REGISTRO DE ENMIENDAS  
INVESTIGACIONES NO REGULADAS SIN FINES REGISTRALES**

<b>N° DE RePIS INVESTIGACIÓN ORIGINAL</b>	<b>N° DE INSCRIPCIÓN DE LA ENMIENDA</b>

<b>I. INVESTIGACIÓN</b>	
Título de la Investigación y versión	

<b>II. INVESTIGADOR</b>	
Nombre Investigador Principal	N° RePIS Investigador

<b>III. COMITE INSTITUCIONAL DE ETICA DE LA INVESTIGACION EN SALUD DONDE SE PRESENTÓ EL ESTUDIO</b>	
Nombre	

<b>IV. ENMIENDA AL PROTOCOLO</b>					
Versión de Enmienda		Fecha de la Enmienda			
Tipo de Enmienda	<input type="checkbox"/> Administrativa	<input type="checkbox"/> Seguridad	<input type="checkbox"/> Tamaño muestra	<input type="checkbox"/> Diseño del ensayo	<input type="checkbox"/> Otra
Alcance de la Enmienda	<input type="checkbox"/> Al centro	<input type="checkbox"/> A centros de Argentina	<input type="checkbox"/> Internacional		
Resultado Evaluación CIEIS	<input type="checkbox"/> Aprobada	<input type="checkbox"/> Aprobada con recomendación	<input type="checkbox"/> Rechazada		

<b>V. ENMIENDA AL CONSENTIMIENTO INFORMADO</b>					
Versión de Enmienda		Fecha de la Enmienda			
Tipo de Enmienda	<input type="checkbox"/> Administrativa	<input type="checkbox"/> Seguridad	<input type="checkbox"/> Tamaño muestra	<input type="checkbox"/> Diseño del ensayo	<input type="checkbox"/> Otra
Alcance de la Enmienda	<input type="checkbox"/> Al centro	<input type="checkbox"/> A centros de Argentina	<input type="checkbox"/> Internacional		
Resultado Evaluación CIEIS	<input type="checkbox"/> Aprobada	<input type="checkbox"/> Aprobada con recomendación	<input type="checkbox"/> Rechazado		

**La información de este formulario tiene carácter de declaración jurada por lo que no se aceptarán inscripciones manuales ni enmiendas.**

.....  
Firma Investigador

.....  
Fecha

.....  
Sello

<b>VI. PÓLIZA DE SEGURO</b>	
Compañía Aseguradora	
Fecha de vencimiento (deber tener vigencia mayor a 15 días al momento de presentar este formulario)	___/___/20___

<b>VII. EN CASO DE OBSERVACIONES DEL CIEIS A LA ENMIENDA AL PROTOCOLO</b>	
<input type="checkbox"/> Con observación - especificar: _____	
<input type="checkbox"/> Sin observación	

<b>VIII. EN CASO DE RECOMENDACIONES DEL CIEIS A LA ENMIENDA AL CONSENTIMIENTO INFORMADO</b>	
<input type="checkbox"/> Con observación - especificar: _____	
<input type="checkbox"/> Sin observación	

.....  
Firma Autoridad/ Responsable del CIEIS

.....  
Sello

.....  
Fecha