

Anexo II

Formulario para evaluación de factibilidad de investigación con datos del Sistema de Salud (MSGC CABA)

Datos del investigador responsable:

Nombre y apellido:
DNI:
CUIL/CUIT:
Correo electrónico de contacto:
Título profesional:
Pertenenencia institucional: *[indicar efector]*
Estudio con auspicio externo: *Sí/No*

Datos del proyecto:

Título completo del proyecto:
Objetivos:
Fundamentación:
Investigación multicéntrica: *Sí/No*.
Efectores involucrados:
Tipo de investigación: *Básica - Servicios de Salud - Ciencias Sociales - Epidemiología - Clínica - Otra (especificar) [excluyentes]*
Diseño: *Observacional - Experimental [excluyentes]*
Si es experimental: *Con drogas o dispositivos - Sin drogas o dispositivos [excluyentes]*

Datos solicitados:

Nombre de la/s variable/s:
Definición conceptual de la/s variable/s:
Período de tiempo:
Indicar según corresponda:
 Efactor: *[indicar efectores sobre los que solicita información]*
 Comuna: *[indicar comunas sobre las que solicita información]*
Rango (Ej: rangos etarios):

Información adicional / Observaciones:



G O B I E R N O D E L A C I U D A D D E B U E N O S A I R E S
"2019 -Año del 25° Aniversario del reconocimiento de la autonomía de la Ciudad de Buenos Aires"

Hoja Adicional de Firmas
Anexo

Número:

Buenos Aires,

Referencia: Anexo II Formulario para evaluación de factibilidad de investigación con datos del Sistema de Salud

El documento fue importado por el sistema GEDO con un total de 1 pagina/s.