 UNIVERSIDAD CENTRAL DE BAYAMÓN

 P.O Box 1725, Bayamón, Puerto Rico 00960-1725

 Tel. (787) 786-3030 Exts. 2020, 2021 Fax (787) 740-2200

FORMULARIO PARA SOLICITAR CIERRE DE PROTOCOLO

|  |
| --- |
| Instrucciones: Las solicitudes deben completarse en computadora utilizando letra “Times New Roman” y tamaño de la letra 10-12. Las solicitudes incompletas serán devueltas sin ser revisadas por la Junta Institucional para la Protección de Seres Humanos en Investigación de la Universidad Central de Bayamón.El protocolo tiene que ser cerrado cuando toda la información haya sido recopilada, analizada y no se interactuará nuevamente con el participante del estudio. |

Título de la Investigación: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Número de Protocolo IRB: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre del Investigador Principal:Apellido Paterno Apellido Materno Nombre | Grado Académico de Investigador Principal: |
| Teléfono del Investigador Principal:( )  | Correo Electrónico del Investigador Principal: |
| Dirección Postal del Investigador Principal: | Institución Académica: |
| Estudiante ( ) Sí ( ) No | Departamento: |
| Nombre del Mentor / Co-Investigador:Apellido Paterno Apellido Materno Nombre | Grado Académico del Mentor / Co-Investigador: |
| Teléfono del Mentor / Co-Investigador:( )  | Correo Electrónico del Investigador Principal: |
| Fecha Aprobación Inicial: Fecha de Expiración:  \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  mes día año mes día año  Fecha de Revisión Reciente: Fecha Estimada Finalización del Protocolo de Investigación:\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  mes día año mes día año   |
| 1. Estatus del Protocolo ( marcar una de las alternativas)
 |
| 1. Protocolo Investigación completado ( )
 |
| 1. Protocolo cancelado ( nunca se inició) ( )
 |
| 1. Investigación completada temprano ( )
 |
| 1. Estudio transferido ( la población no está disponible o se transfirió a otra institución ( )
 |
| Si escogió entre las alternativas dos (2) a la cuatro (4), favor describa la razón.   |
| 1. Reclutamiento de Participantes
 |
| Número y Género Participantes | Femenino | Masculino | Total |
| Reclutados desde el comienzo del estudio |  |  |  |
| Reclutados desde su más reciente renovación |  |  |  |
| Total de Participantes reclutados |  |  |  |
|  1. Reporte de Eventos Adversos o Problemas Inesperados
 |
| ¿Hubo eventos o problemas inesperados reportados en este estudio? ( ) Sí ( ) NoSi la respuesta es que Sí, favor explique:Si la respuesta es que No, favor pasar a la sección D. |
| ¿Se reportó el incidente a la JIPSHI la UCB? ( ) Sí ( ) No |
| 1. Confidencialidad y Seguridad de la Información (favor marcar las que apliquen).
 |
| ( ) 1. Todo instrumento y/o información recopilada fue destruida. |
| ( ) 2. Toda conexión de los participantes con los archivos del estudio han sido destruidos. |
| ( ) 3. La información obtenida del participante se guardará bajo llave durante cinco (5) años. |
| ( ) 4. No hay forma en que los participantes de este estudio puedan ser relacionados con esta investigación. |
| Si escogió el número tres (3) dentro de las opciones, explique el proceso que se seguirá para guardar la información obtenida durante el estudio de investigación (cómo, cuándo y dónde se guardará la información y cuándo será destruida. |

|  |
| --- |
| 1. ¿Usted ha publicado su estudio de investigación o ha hecho presentaciones del mismo?

 Si su respuesta es Sí, favor explique: |
|  |
| Si es una tesis, favor indicar la fecha de disertación: \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  mes día año  |
| 1. Garantía del Investigador Principal
 |
| Favor de completar, firmar y someter este formulario. El endosar este documento le compromete a usted con lo siguiente:Yo, certifico que la información ofrecida en este formulario está completa y correcta. Comprendo que, como Investigador Principal, tengo la máxima responsabilidad sobre la protección de los derechos y el bienestar de los seres humanos que participen en este estudio de investigación, tendré a cargo la dirección del estudio y la ejecución ética del proyecto.  |
| Nombre del Investigador Principal: | Firma ( use tinta azul ) |  \_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  mes día año  |
| 1. Endoso Institucional
 |
| Para completar y someter esta Solicitud, es necesario que este formulario tenga el endoso de las siguientes personas de la institución:Mentor / Co-Investigador: al firmar este formulario asegura que ha leído el mismo y que la información sometida es correcta para proceder con la clausura del protocolo previamente aprobado por la Junta Institucional para la Protección de Seres Humanos en Investigación de la UCB.Decano(a): al firmar certifica que ha leído el mismo y la información sometida esta completa y correcta para proceder con la clausura del protocolo previamente aprobado por la Junta Institucional para la Protección de Seres Humanos en Investigación de la UCB y da fe del mérito científico y la competencias de este estudio de investigación para haber llevado a cabo el mismo. |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Nombre del Mentor /Co-Investigador Firma ( use tinta azul ) mes día año

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

 Nombre del Decano Firma ( use tinta azul ) mes día año

Favor de entregar todos los materiales al representante de la JIPSHI de la UCB

Dr. Pedro Robles Centeno

Presidente

Junta Institucional para la Protección de Seres Humanos en Investigación

Tel. (787) 786-3030 ext . 2224, 2226

 e-mail: probles@ucb.edu.pr