**Servicio Imagenología**

**Formulario Información Proyectos de Investigación**

*Completar por el Investigador Responsable. Enviar a investigacion@ucchristus.cl*

Nombre Proyecto: Haga clic aquí para escribir texto.

Nombre Investigador: Haga clic aquí para escribir texto.

Nombre Otros Colaboradores: Haga clic aquí para escribir texto.

Teléfonos de contacto:Haga clic aquí para escribir texto.

Fecha Inicio Proyecto: Haga clic aquí para escribir una fecha. Fecha de Término: Haga clic aquí para escribir una fecha.

Examen(es) imagenológico(s) solicitados:

1. Haga clic aquí para escribir texto.

2. Haga clic aquí para escribir texto.

3. Haga clic aquí para escribir texto.

N° de voluntarios considerados: *Adultos* Haga clic aquí para escribir texto. *Pediátricos:* Haga clic aquí para escribir texto.

Realización de Examen: *Protocolo habitual*  *Protocolo Proyecto*

Lugar de Realización:

*Hospital Clínico*

*CEM*

*CM Alcántara*

*CM. San Joaquín*

*Clínica San Carlos (Sólo para Proyectos de la Industria)*

Informe Médico: Sí No

Nombre Radiólogo: Haga clic aquí para escribir texto.

Entrega de CD: Sí No

Entrega de resultados a: Investigador  Paciente

Otros Requerimientos: Haga clic aquí para escribir texto.

Nombre Responsable: Haga clic aquí para escribir texto.

Fecha: Haga clic aquí para escribir una fecha.