1. **Periodo:**

|  |  |
| --- | --- |
| Año | Número secuencial de reporte |

|  |
| --- |
| Semestre reportado (marque con “X”) |

|  |  |
| --- | --- |
| ene – feb – mar - abr – may – jun | jul – ago – set - oct – nov – dic |

## Identificación:

|  |
| --- |
| 1.- Número CEC-UCIMED |
| 2.- Título completo |
| 3.- Número y versión vigente del protocolo |
| 4.- Versión vigente del consentimiento informado |
| 5.- Investigador (a) principal |
| 6.- Patrocinador |
| 8.- Fecha de aprobación |
| 9.-Vigencia de póliza nacional |

## Número actualizado de participantes desde el inicio del estudio

|  |  |
| --- | --- |
| 1. **Participantes beneficiadas del tratamiento post-estudio** (toda persona que según criterio del médico tratante se beneficia de continuar con la terapia) |  |
| 1. **Participantes activos en el post- estudio (es toda persona que haya firmado el consentimiento informado, aceptando participar)** |  |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del Investigador principal Fecha