**Anexo 01-R**

**FORMATO DE SOLICITUD DE MENTORÍA**

|  |
| --- |
| **Información personal/profesional** |
| Nombre completo |   |
| Red Asistencial |   |
| Hospital/EESS |   |
| Servicio  |   |
| Personal Asistencial/otros (especificar obligatoriamente) |   |
| **Información del Reporte** |
| **Título propuesto del caso a reportar** |
|   |
|
|
| **Nombres Co-investigadores** |
| 1. | 7. |
| 2. | 8. |
| 3. | 9. |
| 4. | 10. |
| 5. | 11. |
| 6. | 12. |
| **Sobre el estado del reporte de caso *(marcar con un aspa)*** |
| **Del consentimiento informado** |
| Tiene consentimiento informado o revisión por comité de ética *(Se presentará el día de la entrevista de selección)* |  |
| NO tienen consentimiento informado o revisión por comité de ética |  |
| **Del paciente** |
| Tiene datos de seguimiento del paciente  |  |
| NO tiene datos de seguimiento del paciente |  |
| Cuenta con narrativa del paciente acerca del manejo del caso  |  |
| NO Cuenta con narrativa del paciente acerca del manejo del caso |  |
| **De los datos** |
| Cuenta con toda la información anonimizada primaria (exámenes, imágenes radiológicas, patología, fotografías de la lesión) (se presentará el día de la entrevista de selección).  |  |
| Solo cuenta con la información secundaria de los registros clínicos. |  |
| Todavía no cuenta con la información clínicas completa ni la información primaria. |  |
| \*Este formato podrá solicitarse a ***convocatoriasietsi@gmail.com*** en formato Word |

|  |
| --- |
|  |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Firma Nombre:DNI:Código de Planilla:Red Asistencial/Red Prestacional/Instituto donde labora:  |  |
|  |  |

**Anexo 02-R**

**FICHA DE DATOS DEL INVESTIGADOR PRINCIPAL**

1. **DATOS DE LA INVESTIGACIÓN**
	1. Título tentativo del Reporte de Caso:

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

* 1. Departamento/servicio al que pertenece el caso: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

1. **DATOS DEL INVESTIGADOR PRINCIPAL**
2. Nombres y Apellidos: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
3. Teléfono celular: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
4. Correo electrónico 1: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
	1. Correo electrónico 2: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
	2. Profesión: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
	3. Puesto: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
	4. Área/Departamento/Servicio/Oficina donde labora: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

* 1. Institución donde labora: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
	2. Red a la que pertenece: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Firma

Nombre:

DNI:

Código de Planilla:

**Anexo 03-R**

**DECLARACIÓN JURADA**

Lima,

**Doctor(a)**

Gerente de la Dirección de Investigación en Salud

Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud e Investigación

El que suscribe el presente documento declara su voluntad de participar del “Programa para asesoría personalizada - Mentoría”, Publicaciones Científicas 2020, a cargo de la Dirección de Investigación en Salud con el proyecto denominado:

como investigador principal, para lo cual confirmo la veracidad de todos los datos suministrados en relación al proyecto de investigación.

En el caso que el proyecto resulte seleccionado para la actividad de Mentoría, me comprometo a cumplir el plan de trabajo realizado en forma conjunta con el mentor dentro del plazo establecido y dando término al protocolo según las bases de la convocatoria.

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

Firma

Nombre:

DNI:

Código de Planilla:

Red Asistencial/Red Prestacional/Instituto donde labora: