UNIDAD DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA Y ENSAYOS CLÍNICOS (UICEC)
SCIENTIFIC SUPPORT UNIT: EPIDEMIOLOGY, BIOINFORMATICS & BIOSTADISTICS

INSTITUTO DE INVESTIGACIÓN BIOMÉDICA HOSPITAL 12 DE OCTUBRE

<table>
<tr><th colspan="3">DATOS DEL SOLICITANTE</th></tr>
<tr><td colspan="2">Nombre y apellidos:</td><td>Fecha solicitud:</td></tr>
<tr><td>Servicio – Grupo de investigación:</td><td>¿Es usted el IP del proyecto? ☐ Sí ☐ No
En caso negativo indique el nombre del IP a continuación:</td><td>Horario de contacto:

Teléfono/s de contacto:</td></tr>
<tr><td colspan="3">Correo electrónico:</td></tr>
<tr><td colspan="3">Título del proyecto:</td></tr>
<tr><td colspan="3">Breve descripción de la solicitud de soporte:</td></tr>
<tr><th colspan="3">OBJETIVO DE LA SOLICITUD DE SOPORTE</th></tr>
<tr><td colspan="3">Marcar una opción:
☐ Consulta puntual ☐ Asesoría técnica programada ☐ Colaboración científica</td></tr>
<tr><td colspan="3">Marcar el campo al que corresponda la solitud de soporte y su objetivo(s):
☐ Metodología
☐ Formulación de la Pregunta de investigación / Diseño de una propuesta de investigación
☐ Elaboración de protocolo/proyecto/memoria
☐ Desarrollo de una parte del protocolo/proyecto/memoria, especifique cuál:

☐ Elaboración de informe de resultados/Informe final
☐ Elaboración de publicación/Difusión de resultados</td></tr>
<tr><td colspan="3">☐ Bioinformática
Plataforma para desarrollar la base de datos (marca/tipo):
☐ Tutoría Inicial ☐ Tutoría Completa ☐ Control de Calidad
☐ Gestión de Datos
☐ Reparación de Datos
☐ Transformación de Datos
☐ Migración de Datos</td></tr>
<tr><td colspan="3">☐ Bioestadística
☐ Plan de análisis
☐ Análisis de datos
☐ Interpretación de resultados</td></tr>
<tr><td colspan="3">☐ Otros, especifique:</td></tr>
</table>

A COMPLETAR POR LA UNIDAD DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA		
Nº de entrada de la solicitud:	**Tiempo de dedicación:** (Horas y minutos)	**Comentarios:**
	Fecha finalización:	