**Anexo II**

**Formulario para evaluación de factibilidad de investigación con**

**datos del Sistema de Salud (MSGC CABA)**

*Datos del investigador responsable:*

Nombre y apellido:

DNI:

CUIL/CUIT:

Correo electrónico de contacto:

Título profesional:

Pertenencia institucional: [*indicar efector*]

Estudio con auspicio externo: Sí/No

*Datos del proyecto*:

Título completo del proyecto:

Objetivos:

Fundamentación:

Investigación multicéntrica: Sí/No.

Efectores involucrados:

Tipo de investigación: Básica - Servicios de Salud - Ciencias Sociales - Epidemiología - Clínica - Otra (especificar) [excluyentes]

Diseño: Observacional - Experimental [excluyentes]

Si es experimental: Con drogas o dispositivos - Sin drogas o dispositivos [excluyentes]

*Datos solicitados:*

Nombre de la/s variable/s:

 Definición conceptual de la/s variable/s:

 Período de tiempo:

 Indicar según corresponda:

 Efector: *[indicar efectores sobre los que solicita información]*

 Comuna: *[indicar comunas sobre las que solicita información]*

Rango (Ej: rangos etarios):

Información adicional / Observaciones: