

PACIENTE

SERVICIO DE CARDIOLOGIA

**Hoja de Inclusión o Seguimiento de
paciente en protocolo de investigación**

Teléfono1: _____

Teléfono2: _____

Nombre del Protocolo de Investigación: _____

Nombre del Co-investigador: _____

Acción realizada:

Inclusión: fecha de Inclusión: _____

Consentimiento informado firmado

Seguimiento: Limitado – Completo

Hoja de seguimiento rellena:

Fecha: _____

Fdo. Dr.

Fecha:.....