

Código: Anexo C

Título: Lista de Asistencia



Lista de Asistencia

Nombre del Comité: Comité de Bioética en Investigación del Hospital Punta Pacífica

Fecha: _____ Lugar de reunión: _____
Tiempo: _____

Miembros	Firma si está presente	Cambio en la afiliación	Cambiar estado en conflicto de intereses
Dra. Giselle Fernández	_____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Dra. Digna Wong	_____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Dra. Marisol Ng de Lee	_____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Dr. Fernando Díaz	_____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Dr. Ricardo Aguilar	_____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Dra. Eve Riopel	_____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Félix Puga	_____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

*En caso afirmativo, más información debe suministrarse al presidente o secretario Administrativo.
Todos los cambios en la afiliación se documentarán en consecuencia en el Acta de la reunión.
Todos los cambios en el estado de conflicto de intereses serán documentados en forma de conflicto de intereses.*

Presidenta

Fecha

LA INFORMACION PRESENTADA ES CONFIDENCIAL

Anexo C

Lista de Asistencia

Nombre del Comité: Comité de Bioética en investigación del Hospital Punta Pacífica

Fecha: _____ Lugar de reunión: _____
Tiempo: _____

Miembros	Firma si está presente	Cambio en la afiliación	Cambiar estado en conflicto de intereses
Soledad Macías	_____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Aura Coronel	_____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Yuyin Loo	_____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Dra. Yelitza Campos	_____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Ilsa Ferrán (Sec. Téc.)	_____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No

*En caso afirmativo, más información debe suministrarse al presidente o secretario Administrativo.
Todos los cambios en la afiliación se documentarán en consecuencia en el Acta de la reunión.
Todos los cambios en el estado de conflicto de intereses serán documentados en forma de conflicto de intereses.*

Presidenta

Fecha

LA INFORMACION PRESENTADA ES CONFIDENCIAL