**COMPROMISO DE REPORTAR TODO EVENTO ADVERSO**

Por este medio, yo Escriba su nombre y apellidos, mayor de edad, número de cédula Escriba su número de cédula, Escriba su profesión, quien reside en Escriba el distrito, cantón y provincia donde reside, funcionario(a)/estudiante de Escriba su sitio de trabajo o estudio, me comprometo a reportar todo evento adverso en el proceso de investigación, según los plazos establecidos en la Ley N°9234 Ley Reguladora de Investigación Biomédica.

Entregado el día Escriba la fecha de entrega en Escriba el distrito, cantón y provincia del lugar de entrega.

Firma

Escriba su título, nombre y apellido.

**Bitácora de Control de Cambios del Documento**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Número de Versión** | **Fecha de aprobación** | **Estatus y cambios** |
| 1.0 | 22/11/2022 | Primera Versión del Documento |