Consentimiento para participar en investigaciones

Se le pide a usted que participe en un estudio de investigación.

Antes de acceder, el investigador le debe informar de (i) los propósitos, procedimientos y duración de la investigación; (ii) los procedimientos que sean experimentales. (iii) cualquier riesgo, incomodidad o beneficio razonablemente previsibles de la investigación; (iv) cualquier potencialmente beneficioso procedimiento o tratamiento alternativo; y cómo la confidencialidad será mantenida.

Donde sea aplicable, el investigador le debe informar de (i) cualquier compensación disponible o tratamiento médico en el caso de herida; (ii) la posibilidad de riesgos no previsibles; (iii) las circunstancias bajo las cuales el investigador puede parar su participación; (iv) cualquier coste adicional para usted; (v) lo que pasará si usted decide dejar de participar; (vi) cuándo usted será informado sobre nuevas conclusiones que puedan afectar su buena voluntad de participar; y (vii) cuántas personas participarán en el estudio.

Si accede a participar, usted debe recibir una copia firmada de este documento y un resumen escrito de la investigación.

Usted puede ponerse en contacto con \_\_\_nombre\_\_\_\_\_ al \_\_número de teléfono\_\_\_ en cualquier momento que tenga preguntas sobre la investigación.

Usted puede ponerse en contacto con \_\_\_nombre\_\_\_\_\_ al \_\_número de teléfono\_\_\_ si tiene preguntas sobre sus derechos como sujeto de investigación o qué puede hacer en caso de herida.

Su participación en esta investigación es voluntaria y no será sancionado ni perderá beneficios si se niega a participar o decide parar.

El firmar este documento significa que el estudio de investigación, incluyendo la información mencionada arriba, se le ha sido detallado oralmente, y que usted accede voluntariamente a participar.

|  |  |
| --- | --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Firma de participante o representativo legalmente autorizado | fecha |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Firma de testigo | fecha |
|  |  |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Signature of Consenting Research Team Member | Date |