

LOGO INSTITUCION

Consentimiento Informado

N° Folio

Nombre del estudio:	
Versión:	
Nombre de Investigador/a Responsable:	
Correo electrónico	
Teléfono de contacto	
Nombre del Patrocinador	

PARTE I: Información

1. Introducción

Estimado/a:

A través del presente documento usted está siendo invitado/a a participar del estudio: “ ___ (nombre del estudio) _____”.

2. Propósito u objetivo del estudio

Esta investigación tiene como objetivo _____ (mencionar objetivo) _____ durante el año ____ (mencionar año) _____.

Este estudio se realizará en el ____ (mencionar establecimiento en el que se realizará la investigación) _____.

3. Selección de participantes

El/la participante de este estudio corresponde a ____ (mencionar de donde serán los participantes) _____

4. En qué consistirá su participación

Las actividades en las que usted participará incluyen _ (breve descripción) _____-

5. Duración

Su participación en la _____ (mencionar si es entrevista u otro) _____, con una duración de ____ (agregar horas/minutos) _____ minutos/horas aproximadamente.

6. Participación Libre y Voluntaria

Su participación es completamente libre y voluntaria, por lo que usted tiene el derecho a aceptar o no aceptar participar del estudio. Asimismo, si en algún momento no desea continuar, puede retirarse sin necesidad de entregar explicaciones, esta decisión no traerá consecuencias en el momento que lo decida, ni repercusiones en su atención de salud habitual. Si usted decide retirarse del estudio, sus datos recolectados, no serán utilizados en el estudio.

7. Riesgos

Se estima que su participación en este estudio tiene riesgos mínimos (mencionar los riesgos mínimos) _____

8. Beneficios

Se espera que los resultados aporten con antecedentes para __ (mencionar que se quiere obtener con el estudio) _____, generando así, un beneficio colectivo. Así también un beneficio individual por medio de _ (mencionar que obtendrá como beneficio el participante) _____

9. Costos o Incentivos relacionados a su participación

Esta investigación no representa ningún costo para usted ni ahora ni en el futuro. Cabe mencionar que por su participación no recibirá incentivo o compensación económica.

10. Confidencialidad

Los datos obtenidos en este estudio serán custodiados por la _ (mencionar a investigador/a responsable o quien esté a cargo) _____ y guardados por __ (cantidad de años) _____ años, tanto en papel como en el sistema de registro computacional, y serán eliminados transcurrido este período. En cuanto al almacenamiento digital de datos esto se realizará en el computador del investigador responsable (mencionar medidas de seguridad del PC), de uso exclusivo de la investigadora responsable.

11. Utilización y Publicación de los hallazgos

La información obtenida se mantendrá en forma confidencial, siendo toda información codificada con un número de folio y anonimizada. Los resultados de esta investigación podrán ser publicados en revistas científicas o utilizados en investigaciones futuras. No obstante, en ningún caso podrán emplearse los datos en formatos que permitan su identificación personal o persiguiendo objetivos que se alejen de la presente investigación. Además, los hallazgos obtenidos serán compartidos con los directivos del establecimiento____ (nombre del establecimiento) _____ y con los participantes mediante una sesión de presentación de resultados.

12. Derechos del participante

Usted es libre de aceptar participar, y puede retirarse del estudio cuando lo desee, sin que ello importe responsabilidad, sanción o pérdida de beneficio alguno.

Las preguntas o dudas surgidas como participante en este estudio pueden ser dirigidas al investigador/a responsable: __ (nombre del/la investigador/a responsable) _____, correo electrónico _____ teléfono: _____. A su vez si desea conocer los resultados, una vez terminada la investigación puede solicitarlos enviando un correo electrónico a la dirección antes mencionada.

Este estudio fue aprobado por el Comité Ético Científico del Servicio de Salud Talcahuano. Si usted tiene alguna duda sobre sus derechos en este proyecto o si quiere denunciar alguna irregularidad, puede contactarse con la presidenta del Comité Ético Científico Acreditado, del Servicio de Salud Talcahuano, Dra. Patricia Marcela Cortés Jofré, al teléfono +56 41 2722254 o enviando un correo electrónico a olivia.bahamondes@redsalud.gob.cl

PARTE II:

ACTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

He sido invitado/a a participar en el estudio “_____ (nombre del estudio) _____”.

Entiendo que mi participación consistirá en _ (detallar en qué consistirá su participación)

_____.

He leído y/o se me ha leído la información del documento de consentimiento.

He tenido tiempo para hacer preguntas y se me ha contestado claramente.

No tengo ninguna duda sobre mi participación.

Acepto libre y voluntariamente participar de este estudio y sé que tengo el derecho a terminar mi participación en cualquier momento, sin que ello importe responsabilidad, sanción o pérdida de beneficio alguno.

Fecha (dd/mm/aa)

Nombre Participante

Firma Participante

Nombre
Investigador/a Responsable

Firma
Investigadora Responsable

Nombre Director/a o
delegado/Ministro de Fe

Firma Director/a o Delegado/
Ministro de Fe

Confecionado por CEC_SST.