|  |
| --- |
| Título del proyecto: |
| Nombre Investigador/investigadora Responsable: |
| Facultad/Escuela: |
| Centro de Investigación: |
| Teléfono investigador/a: |
| Correo electrónico investigador/a: |
| Patrocinador (si fuere el caso): |
| |**Consentimiento Informado Versión N°** | **Fecha: 00/00/0000**  |

 ***Nota: alternativas posibles para la obtención de la firma de este Consentimiento Informado por parte del participante:***

***1. El participante lo imprime, lo firma y lo devuelve al/a IR en PDF vía mail***

***2. El participante lo fotografía agregando fotocopia o imagen de su cédula la identidad. El participante puede confirmar la firma en la próxima visita presencial.***

***3. El participante firma en la primera visita presencial, en el intertanto se da por entendido que consintió de momento que respondió el cuestionario que se despliega al final de este documento.***

**A. Información al participante**

**1. Invitación**

Le invitamos a usted *(o su representado/a)* a participar de una encuesta que le tomará *xxx* minutos de su tiempo, la cual forma parte del proyecto señalado en el título de este documento.

Específicamente el tema a tratar en la encuesta es *xxx.*

La información obtenida será utilizada para *xxx*.

Por favor responda personalmente las preguntas de las páginas siguientes.

No hay respuestas correctas o incorrectas sólo responda como usted piensa o siente.

Si alguna pregunta le hace sentir incómodo o incómoda puede no responderla si así lo prefiere. Aunque lo ideal es tratar de dar toda la información solicitada en beneficio de los objetivos del proyecto.

**2. Razones de la invitación**

Se le invita a responder esta encuesta porque *(explicar las razones a fin de que el/la participante entienda por qué ha sido seleccionado/da para responder la encuesta).*

**3. Objetivo del proyecto**

El objetivo de este proyecto es *(explicar en palabras simples comprensibles para el participante).*

**4.** **Si usted acepta participar**

Deberá firmar su aceptación en “hoja de firmas” de este documento llenando los datos de la primera línea del cuadro (nombre del o la participante, RUT, firma, fecha, hora).

-una vez que haya firmado deberá marcar, al final del documento, la casilla **“SÍ, acepto participar”.**

-una vez que haya marcado la casilla se desplegará un cuestionario que usted deberá responder personalmente con un total de *xxx* preguntas, lo cual tomará aproximadamente unos *xxx* minutos. Estas preguntas abordan temas relativos a *(describa con claridad la(s) temática(s) pertinente(s).*

**-se entiende que usted ha dado su consentimiento de momento que ha respondido el cuestionario.**

**5. Si usted no acepta participar**

Sólo debe marcar la casilla **“NO, no acepto participar”** sin firmar nada y el documento se cerrará automáticamente.

**6. Confidencialidad**

Se garantiza confidencialidad de la información proporcionada por usted.

*Puede darse las siguientes alternativas -u otra-, se debe señalar la que corresponda:*

*-la encuesta lleva la identidad del/a participante y los datos irán a una base de datos confidenciales.*

*-los datos serán anonimizados y no hay ningún identificador directo que conecte las respuestas con la persona.*

*-la encuesta no lleva nombre ni otro signo que pueda revelar la identidad del/a participante)*.

Sólo tendrán acceso a los datos los miembros del equipo investigador autorizados por el Comité Ético Científico de Universidad UNIACC y la información obtenida será utilizada exclusivamente para los objetivos del presente proyecto.

**7. Beneficios posibles para los sujetos participantes**

*Indicar los beneficios directos, reales o potenciales que podrá obtener el participante, así como beneficios a terceros (futuros pacientes, progreso de la medicina, bien común u otro).*

**8. Riesgos posibles para los participantes del estudio**

- *Explicitar si existen riesgos, aunque sean mínimo y los resguardos que el investigador ha previsto para enfrentarlos en caso de su existencia. - Si no hay riesgos, indicar: “Esta encuesta no tiene riesgos para usted”.*

**9. Voluntariedad y revocación del consentimiento**

Su participación en esta encuesta es completamente voluntaria. Usted tiene el derecho a no aceptar participar o revocar su consentimiento en el momento que lo estime conveniente. Al hacerlo, usted no pierde ningún derecho y no implica sanciones o consecuencias negativas que lo afecten.

**10. Publicación científica y confidencialidad**

Es posible que los datos y resultados derivados de esta encuesta puedan ser publicados en revistas y conferencias científicas, si esto ocurre, y en conformidad en lo establecido en las leyes 20.584, 20.120 y 19.628, sus datos serán anonimizados a fin de que usted no pueda ser identificado(a).

 **11. Costos**

*Si hubiera algún gasto, explicitar quién asumirá ese costo y el valor implicado*

**12. Compensaciones**

*-Señalar que el participante no recibirá dinero por concepto de pago de participación en la encuesta.*

**13. Derechos del paciente**

Cualquier pregunta que usted desee hacer en relación a su participación en esta encuesta, será respondida por el/a Investigador/a Responsable cuyos datos de contacto se encuentran al inicio de este documento. Cualquier pregunta que usted desee hacer en relación a sus derechos como participante del presente proyecto de investigación puede comunicarse con la Presidenta del Comité Ético Científico de Universidad Uniacc Prof Marila García al correo comitedeetica@uniacc.edu o al teléfono 961226271.

 **B. Consentimiento informado - Hoja de firmas**

**Al firmar el presente documento, declaro que se me ha explicado y he comprendido el propósito de esta encuesta y firmo este documento voluntariamente sin ser forzado(a) a hacerlo.**

**Los espacios que siguen van escritos de puño y letra por los firmantes**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Nombre del participante | RUT | Firma | Fecha | Hora |
| ………………………………………Nombre del representante o testigo(si fuese pertinente)…………………………………………**relación con el/la participante** | RUT | Firma | Fecha | Hora |
| Nombre del profesional autorizado que obtiene el Consentimiento Informado | RUT | Firma | Fecha | Hora |
| Nombre del Investigador Responsable | RUT | Firma | Fecha | Hora |

**Este documento sólo es válido si cuenta con la autorización y timbre del Comité Ético Científico de Universidad Uniacc.**

|  |  |
| --- | --- |
| **SÍ, acepto participar** |  ◙ |
| **NO, no acepto participar** |  ◙ ◙ |