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

**El documento de Asentimiento Informado no reemplaza el documento de Consentimiento Informado firmado por los padres o apoderados. El Asentimiento señala la voluntad de cooperación del o la adolescente y se añade al Consentimiento del adulto.**

1. **INFORMACION PARA EL/LA ADOLESCENTE PARTICIPANTE**

**1. Invitación**

Mi nombre es ………………………………………………………….y trabajo en la Facultad/Escuela de …………………………… de la Universidad Uniacc.

Actualmente estoy realizando un proyecto que busca conocer más acerca *un/a*

*examen/enfermedad/procedimiento u otro* llamado ……………………………………………………………………………………………….

Deseo invitarte a formar parte de este proyecto de investigación en el que estarán incluidos otros y otras adolescentes que estén en tu misma condición.

Hemos conversado con tus padres *(o apoderados)* quienes saben y han autorizado que te preguntemos si deseas participar o no en esta investigación.

Puedes tomar todo el tiempo que requieras para decidir participar o no y puedes conversar acerca de cualquier aspecto de este documento con tus padres o amigos o cualquier otra persona con la que te sientas cómodo/a.

Si hay algunas palabras o cosas que no entiendas y deseas que te las explique mejor porque estás interesado o preocupado por ellas, puedes pedírmelo y me tomaré el tiempo para explicarte.

**2. Objetivos del proyecto**

*Explicar el objetivo de la investigación en términos simples y claros.*

**3. Razones de la invitación**

Te estoy invitando a participar en este proyecto porque ….. *(asegurarse que el/la adolescente tenga claro quién es usted, que haya comprendido por qué ha sido seleccionado para el estudio. Es importante conversar sobre cualquier miedo que tengan de por qué han sido elegidos/elegidas.*

**4. Procedimientos de Investigación**

Como parte de la investigación se te pedirá …… *listar y explicar los procedimientos empleando un lenguaje simple, enfocándose en lo que se espera del o la adolescente. Por ejemplo: contestar algunas preguntas, hacer unas pruebas o ejercicios, cuántas veces tendrá que asistir a reunirse con usted. Si procede indique en qué forma y para qué se obtendrán las muestras biológicas como sangre u otra, señalando cantidad utilizando medidas simples (cucharada u otra).*

**5. Beneficios posibles para el o la adolescente participante**

*Indicar los beneficios directos, reales o potenciales que podrá obtener el participante de la investigación. Si no hay certeza al respecto, incluir el siguiente párrafo:*

No hay seguridad que la investigación te reporte algún beneficio directo pero tu participación permitirá conocer más sobre ……… *(beneficios a terceros, para la sociedad, para la ciencia u otro)*

**5. Riesgos posibles para el o la adolescente participante**

*Explicar si existen riesgos y/o molestias aunque sean mínimos/as en lenguaje simple y claro (ej si fuera el caso., dolor local y/o pequeños moretones en la extracción de sangre) y los resguardos que el investigador ha previsto para abordarlos. De la misma manera, si no hay riesgos indicar “esta investigación no tiene riesgos para ti”.*

**6. Voluntariedad y revocación del consentimiento**

Tu participación es libre y voluntaria. Si decides participar, tus padres *(o apoderado)* también tienen que aceptarlo, pero te puedes negar aunque tus padres acepten.

Te puedes retirar en cualquier momento aun cuando hayas firmado este documento. Puedes decir “sí” ahora y cambiar de idea más tarde y también estará bien. En cualquier caso, nadie se enojará contigo.

*Establezca de manera clara y en un lenguaje amigable y entendible para el o la adolescente ellos/ellas son quienes toman la decisión de participar o no.*

**7. Confidencialidad**

Toda la información derivada de esta investigación se mantendrá en secreto y será usada sólo para los objetivos que te estamos contando. Esto significa que no diremos a nadie tus *respuestas, resultados o mediciones*, sólo lo sabrán las personas que forman parte del equipo de este estudio.

*Si fuere pertinente, indicar qué información se proporcionará o no se proporcionará a los padres o apoderados.*

**9. Costos e incentivos**

No se le pagará ni a tus padres ni a ti por tu participación en este proyecto.

*Si hubiere algún gasto, explicitar quién asumirá ese costo y el valor implicado. Señalar al adolescente que se podría entregar a los padres el valor de locomoción y/o colación si fuere el caso.*

**10. Derechos del participante**

Cualquier pregunta que desees hacer en relación a tu participación en este proyecto, será respondida por el Investigador Responsable cuyos datos de contacto se encuentran al inicio de este documento.

Cualquier pregunta que desees hacer en relación a tus derechos como participante del presente estudio de investigación puedes comunicarte con la Presidenta del Comité Ético Científico de la Universidad UNIACC Prof. Marila García Puelpan al correo [comitedeetica@uniacc.edu](mailto:comitedeetica@uniacc.edu) o al teléfono 961226271.

1. **ASENTIMIENTO INFORMADO. HOJA DE FIRMAS**

**Al firmar el presente documento declaro que:**

1. Se me ha explicado el propósito de esta investigación, los procedimientos, beneficios y riesgos.
2. Firmo este documento voluntariamente, sin ser forzado/forzada a hacerlo.
3. No estoy renunciando a ningún derecho que me corresponda.
4. Al momento de la firma, se me entrega una copia firmada de este documento.

**Si quieres participar en este proyecto, por favor escribe tu nombre, firma, RUT, fecha y hora en el cuadro que sigue. Si no quieres participar, no escribas ninguno de los datos indicados en el cuadro.**

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

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Nombre del o la adolescente | RUT | Firma-huella del menor | Fecha | Hora |
| Nombre del investigador autorizado que obtiene el Asentimiento Informado | RUT | Firma | Fecha | Hora |
| Nombre del Investigador/Investigadora Responsable | RUT | Firma | Fecha | Hora |

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

**El padre, madre o apoderado ha firmado un Consentimiento** **Informado que complementa a este** **documento de Asentimiento Informado.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **SI** |  | **NO** |  |