***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.***

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

**A. Información al participante y/o representante**

**1. Invitación**

El propósito de esta información es hacerle una invitación para que usted *(o su representado/a)* participe en el proyecto referido en el título de este documento.

Para que pueda tomar una decisión informada de si desea o no participar de la investigación, en este documento se describe el objetivo del proyecto, sus derechos y obligaciones, los procedimientos necesarios para la investigación y los posibles beneficios y riesgos de participar.

Tome el tiempo que necesite para decidir, lea detenidamente la información que sigue y no dude en hacer las preguntas que desee al profesional que se lo está explicando, a su familia o amigos.

**2. Razones de la invitación**

Usted es invitado/da a participar en este proyecto porque *(explicar el criterio de reclutamiento, a fin de que el eventual participante entienda por qué ha sido seleccionado/a para el estudio).*

**3. Objetivo del proyecto**

El objetivo de este proyecto es *(explicar en palabras simples).*

**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. Procedimientos de la investigación**

*-Descripción de los procedimientos a seguir en el proyecto.*

*-Si fuera el caso, diferenciar claramente aquellos procedimientos que son requeridos por la investigación de aquellos que corresponden al cuidado clínico habitual (diferenciando los riesgos inherentes a cada uno de ellos).*

*-Si fuera el caso que en la investigación se obtiene información de relevancia clínica indicar que los resultados obtenidos serán informados a su médico tratante, el que le indicará el curso de acción médico más adecuado.*

**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). Igualmente indicar si no hay beneficios para el participante.*

**8. Riesgos posibles para los/las participantes**

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

**9. Voluntariedad y revocación del consentimiento**

Su participación en esta investigación es completamente voluntaria. Usted tiene el derecho a no aceptar participar o revocar su consentimiento y retirarse de esta investigación 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. Confidencialidad**

Toda la información derivada de esta investigación será mantenida en estricta confidencialidad. Sólo tendrán acceso a ella los miembros del equipo investigador autorizados por el Comité Ético Científico de Universidad Uniacc y será utilizada exclusivamente para el desarrollo de los objetivos del estudio.

**11. Publicación científica y confidencialidad**

Es posible que los datos y resultados derivados de este proyecto puedan ser publicados en revistas y congresos científicos, si esto ocurre, y en conformidad en lo establecido las leyes 20.584, 20.120 y 19.628, sus datos clínicos serán anonimizados a fin de que usted no pueda ser identificado/a.

**12. Costos**

*Si hubiera algún gasto, explicitar quién asumirá ese costo y el valor implicado. Señalar que el participante no recibirá dinero por concepto de pago de participación, aunque podría asumirse el valor de transporte y/o colación si las personas tuviesen que permanecer tiempo prolongado para el estudio.*

**13. Compensaciones**

*- Señalar quién pagará los eventuales daños para el/la participantes derivados directamente de la investigación*

*- Se debe incluir información de la existencia de un seguro específico cuando corresponda.*

**14. Derechos del paciente**

Cualquier pregunta que usted desee hacer en relación a su participación en este proyecto, será respondida por el Investigador 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 estudio 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.

El Comité Ético Científico está conformado por un grupo de personas independientes del investigador y del patrocinador, que evalúa y monitorea el estudio desde su inicio hasta su finalización, y cuya función es asegurar que su bienestar como participante sea preservado y sus derechos respetados.

**B. Consentimiento Informado. Hoja de firmas**

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

1. He comprendido el propósito de esta investigación, los procedimientos, beneficios y riesgos.
2. Firmo este documento voluntariamente, sin ser forzado/a hacerlo.
3. Se me entrega vía *on lino,* una copia firmada de este documento*.*

**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 fuere pertinente)…………………………………….**relación con el o la participante** | RUT | Firma | Fecha | Hora |
| Nombre del profesional autorizado que obtiene el Consentimiento Informado | RUT | Firma | Fecha | Hora |
| Nombre del Investigador/a 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** |  ◙ |