|  |
| --- |
| Título del proyecto: |
| Nombre Investigador/a Responsable: |
| Facultad/Escuela: |
| Tipo de investigación (pregrado, postgrado u otro) |
| Teléfono investigador/a: |
| Correo electrónico investigador/a Responsable:  |
| Nombre Coinvestigadores/as |
| Correo electrónico coinvestigadores/as |
| Centro de Investigación: |
| |**Consentimiento Informado Versión N°** | **Fecha: 00/00/0000**  |

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

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

***2. El/a participante lo fotografía agregando fotocopia o imagen de su cédula la identidad y puede confirmar la firma en un próximo encuentro presencial con el/a IR.***

***3. El/a participante firmará en el primer encuentro 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 participar de una encuesta que le tomará *…....* minutos de su tiempo, la cual forma parte del proyecto señalado en el recuadro que encabeza documento.

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

La información obtenida será utilizada para *……….*.

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/a 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/a participante entienda por qué ha sido seleccionado/da para responder la encuesta).*

**3. Objetivo del proyecto**

El objetivo de este proyecto de investigación 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 documento *(cuestionario u otro)* que usted deberá responder personalmente con un total de *…….* preguntas, lo cual tomará …….. minutos. Estas preguntas abordan temas relativos a *(describa con claridad la(s) temática(s) a tratar.*

**-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 si hay beneficios directos, reales o potenciales para el/a participante asociados a la investigación o para terceros (beneficios para la sociedad, beneficios futuros, generar información, bien común u otros).*

 *- Igualmente indicar si no hay beneficios para el participante*

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

*- 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 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**

Las posibles publicaciones derivadas de esta investigación se realizarán en conformidad con 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. Si desea tener acceso a las publicaciones o a los resultados del estudio, puede solicitarlos al investigador/a responsable.

 **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 participar 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 con sus derechos como participante del presente proyecto de investigación puede comunicarse con el Comité Ético Científico de Universidad UNIACC al correo comitedeetica@uniacc.cl

 **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/a participante | RUT | Firma | Fecha | Hora |
| Nombre del/a 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** |  ◙  |