

CONSENTIMIENTO INFORMADO**PARTICIPANTE**

____NOMBRE DEL PROYECTO____

Código del participante __xxxxx__

Lo estamos invitando a participar en una investigación que tiene como objetivo ____xxxxxxxx____, en la cual participarán __n__ personas incluido(a) usted. Le garantizamos que ni su nombre ni sus datos personales serán expuestos, ya que de aquí en adelante solo se identificará con el código a usted asignado en la parte superior de este documento.

Su participación en el estudio es totalmente voluntaria y consiste en: ____DESCRIBIR EN QUE CONSISTE LA PARTICIPACIÓN LISTANDO CLARAMENTE TODOS PROCEDIMIENTOS DEL ESTUDIO____. Su participación tiene un tiempo aproximado de duración de _XXXX_. Es importante aclarar que en caso no darse completamente las indicaciones aquí explicadas, se le retirará del estudio sin tener ninguna repercusión en la ____ATENCIÓN RECIBIDA o LA ACTIVIDAD QUE REALICE EL PARTICIPANTE____. Otra forma de retirarse del proyecto es de manera voluntaria, para lo cual solo debe expresar su deseo sin que esto ocasione ningún problema para usted.

Su participación puede ocasionarle algunos riesgos como son ____DESCRIBA LOS RIESGOS____, los cuales serán evitados mediante _DESCRIBA CÓMO LOS EVITARÁ_. En caso de presentarse algún inconveniente contamos con EL PERSONAL DE LA SALUD o _DESCRIPCIÓN SEGÚN EL ESTUDIO__ adecuado para solucionarlo.

Los beneficios que obtendrá serán _DESCRIBALOS____, y debe saber que no incurrirá en ningún gasto por cuenta de su participación y tampoco recibirá ninguna compensación económica por la misma.

La información obtenida en este estudio será guardada mediante un código que permitirá que nadie ajeno a la investigación acceda a su información privada.

Le informamos que una vez termine el estudio le estaremos dando a conocer los resultados.

En caso de solicitar información adicional puede comunicarse con el Dr(a). _NOMBRE DEL PROFESOR____ al Cel _____, o con NOMBRE ESTUDIANTE al Cel -----. Si requiere información sobre los aspectos éticos de su participación puede comunicarse con el Comité de Ética en Investigación en Salud – CEIS - al teléfono (602) 5185677 o al correo eticasalud@correounivalle.edu.co.

Igualmente le solicitamos que usted de su Autorización para que ____LOS DATOS, MUESTRAS RECOGIDAS Y RESULTADOS OBTENIDOS____ sean usados en los siguientes procesos, guardando su identidad y con la previa autorización de un comité de ética. Marque con una X según decida:

- Autorizo el uso en actividades con fines académicos SI ____ NO____
- Autorizo el uso en futuros estudios SI ____ NO____
- Autorizo la grabación de la entrevista en audio y/o video SI ____ NO____ **(Si no utiliza grabación, debe borrar este ítem)**
- Autorizo la toma de fotografías guardando mi identidad SI ____ NO____ **(Si no utiliza video, debe borrar este ítem)**

Se entrega una copia de este documento al participante.

Nombre del participante:

CC:

Firma:

Nombre testigo 1

Dirección:

Parentesco:

Firma :

Nombre testigo 2

Dirección:

Parentesco:

Firma:

Persona que realizó el proceso para obtener el consentimiento informado

Nombre:

CC:

Firma:

Relación con la investigación:

Se firma en Cali, a los ____ del mes de _____ del 202____.