



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

Facultad de Odontología



CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN EDUCATIVA

Yo _____, alumno (a); profesor (a) [marcar con una cruz el que corresponda] del curso o programa de posgrado de: _____ con _____ años de edad, acepto de manera voluntaria sin ningún tipo de presión (coerción) que se me incluya como sujeto de estudio en el proyecto de investigación denominado: _____, luego de haber conocido y comprendido en su totalidad la información sobre dicho proyecto, riesgos si los hubiera y beneficios directos e indirectos de mi participación en el estudio, y en el entendido que:

- Mi participación como estudiante no repercutirá en mis actividades ni evaluaciones programadas en el curso o programa de posgrado, o, en mi condición de profesor no repercutirá en mis relaciones con mi institución de adscripción.
- No habrá ninguna sanción para mí en caso de no aceptar la invitación a participar.
- Puedo retirarme del proyecto si lo considero conveniente a mis intereses, aun cuando el investigador responsable no lo solicite, informando mis razones para tal decisión en la Carta de Revocación respectiva si lo considero pertinente; pudiendo si así lo deseo, recuperar toda la información obtenida de mi participación.
- No haré ningún gasto, ni recibiré remuneración alguna por la participación en el estudio.
- Se guardará estricta confidencialidad sobre los datos obtenidos producto de mi participación, con un número de clave que ocultará mi identidad.
- Si en los resultados de mi participación como estudiante o profesor se hiciera evidente algún problema relacionado con mi proceso de enseñanza – aprendizaje, el investigador principal me brindará orientación al respecto.
- Puedo solicitar, en el transcurso del estudio, información actualizada al investigador responsable.
- También tengo acceso a las Comisión de Investigación y Ética de la Facultad de Odontología en caso de que tenga una duda sobre mis derechos como participante en el estudio, al teléfono 55-56-22-55-48.

Lugar y Fecha:

Nombre y firma del participante:

Nombre y firma de quien proporcionó la información para fines de consentimiento

TESTIGO 1

TESTIGO 2

Nombre: _____ Nombre: _____



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
Facultad de Odontología



Fecha: _____ Fecha: _____