

CONSENTIMIENTO INFORMADO**PADRE O ACUDIENTE DEL PARTICIPANTE**

NOMBRE DEL PROYECTO

CÓDIGO DEL PARTICIPANTE _____(Este debe ser igual en el asentimiento)

Estimado padre de familia, le estamos invitando a autorizar la participación de su hijo(a) en una investigación que tiene como objetivo _____, en la cual participarán _No_ personas incluido(a) su hijo(a); le garantizamos que su nombre ni datos personales serán expuestos ya que de aquí en adelante solo se identificará con el código a usted asignado en la parte superior.

La participación de su hijo(a) en el estudio es totalmente voluntaria y consiste en: __
DESCRIBIR EN QUE CONSISTE LA PARTICIPACIÓN LISTANDO CLARAMENTE TODOS
PROCEDIMIENTOS DEL ESTUDIO __, con un tiempo aproximado de duración de _____, es importante aclarar que en caso de no darse completamente los pasos aquí explicados se retirará del estudio sin tener ninguna repercusión en la atención que se le brinda. Otro forma de retirarse del proyecto es de manera voluntaria para lo cual solo debe expresar el deseo de retirar a su hijo(a) sin que esto ocasione ningún problema para usted.

La participación de su hijo(a) puede ocasionar algunos riesgos como son
__DESCRIBALOS_____, los cuales serán evitados mediante _DESCRIBA COMO_ y en caso de darse contamos con el personal de la salud o _INDIQUE QUE PERSONAL_ adecuado para solucionarlo.

Los beneficios que obtendrá serán __DESCRIBALOS__, debe saber que no incurrirá en ningún gasto, de igual forma la información obtenida será guardada mediante un código que permitirá que nadie ajeno a la investigación acceda a su información privada.

Le informamos que en caso de obtener información nueva e importante se la estaremos dando a conocer una vez termine el estudio; usted conservará una copia de este documento.

En caso de solicitar información adicional sobre el proyecto puede comunicarse con el Dr. _____ Cel _____, si tiene interrogantes sobre el proceso ético puede comunicarse con el comité de ética en Investigación en Salud 5185677 o al correo eticasalud@correounivalle.edu.co

Autorizó la utilización de los datos recogidos y resultados obtenidos, en eventos con fines académicos guardando la identidad de mi hijo, Acepto SI _____ NO_____

Autorización la utilización de las muestras y datos recogidos, en futuros estudios previa aprobación de un comité de ética, Acepto SI _____ NO_____

Se entrega una copia de este documento al participante

Nombre del padre y/o acudiente del participante

CC:

Firma:

Nombre del Hijo

T.I

Nombre testigo 1

Dirección:

Parentesco:

Firma:

Nombre testigo 2

Dirección:

Parentesco:

Firma:

Persona que presento el consentimiento informado

Nombre:

CC:

Firma:

Relación con la investigación:

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