**DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO**

**TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN**

1. **INFORMACIÓN**

Usted ha sido invitado(a) a participar en la investigación **título de la investigación**. Su objetivo es **objetivo general o específicos y población en estudio.** Usted ha sido invitado(a) porque **criterio de selección que cumple el participante.**

**El/La investigador/a** responsable de este estudio es **el/la incluir nombre de IR**, de **indicar institución y/o programa al que pertenece**. La investigación es patrocinada por **indicar fuente de financiamiento y/o patrocinantes.**

Para decidir participar en esta investigación, es importante que considere la siguiente información. Siéntase libre de preguntar cualquier asunto que no le quede claro:

**Participación:** Su participación consistirá en **descripción detallada de la participación que se espera. Indicar si se realizarán entrevistas, observaciones grupos focales, detallar técnicas de recolección de datos en que se involucra al participante. Indicar los temas que se abordarán y la duración y lugar de dicha participación. En caso de que se paguen gastos de movilización u otros, indicarlo} {Indicar si se filmará o audiograbará alguna instancia, e indicar que ésta se podrá interrumpir y o retomar en cualquier momento.**

**Riesgos**: **Explicitar si la investigación supone algún tipo de riesgo. En el caso de que suponga riesgo, incluir las medidas que se tomarán para disminuir el riesgo o reparar los daños, si se producen.**

**Beneficios**: Usted no recibirá ningún beneficio directo, ni recompensa alguna, por participar en este estudio. No obstante, su participación permitirá generar información para **uso potencial de la información en términos de beneficio social**

**Voluntariedad**: Su participación es absolutamente voluntaria. Usted tendrá la libertad de contestar las preguntas que desee, como también de detener su participación en cualquier momento que lo desee. Esto no implicará ningún perjuicio para usted.

**Confidencialidad**: Todas sus opiniones serán confidenciales, y mantenidas en estricta reserva. En las presentaciones y publicaciones de esta investigación, su nombre no aparecerá asociado a ninguna opinión particular. **Agregar las medidas que se utilizarán para proteger la confidencialidad y quien guardará los datos, y con qué objetivos.**

**Conocimiento de los resultados**: Usted tiene derecho a conocer los resultados de esta investigación. Para ello, **forma en que se le hará llegar los resultados o podrá acceder a ellos.**

**Datos de contacto**: Si requiere más información o comunicarse por cualquier motivo relacionado con esta investigación, puede contactar a **el/la Investigador/a** Responsable de este estudio:

**Nombre Investigador/a Responsable**

Teléfonos:…………………………….

Dirección: …………………………

Correo Electrónico: ……………………

También puede comunicarse con el Comité de Ética de la Investigación que aprobó este estudio:

…………………..

**II. FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Yo, ……………………..…………………..……………, acepto participar en el estudio **Título del Estudio,** en los términos aquí señalados.

Declaro que he leído (o se me ha leído) y (he) comprendido, las condiciones de mi participación en este estudio. He tenido la oportunidad de hacer preguntas y estas han sido respondidas. No tengo dudas al respecto.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma Participante Firma **Investigador/a** Responsable

Lugar y Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Correo electrónico para la devolución de los resultados \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Este documento consta de número de páginas del documento páginas y se firma en dos ejemplares, quedando una copia en cada parte.**