**CONSENTIMIENTO INFORMADO**

En este documento se le entrega la información necesaria para que usted pueda decidir libre y voluntariamente si desea participar en la investigación que se le ha explicado verbalmente y que a continuación se describe:

Título de la investigación:

Investigador responsable:

Co-Investigador:

Colaboradores:

Patrocinante de la investigación:

**Resumen del proyecto de investigación**

Breve resumen que justifique la investigación con sus objetivos, deberá ser en lenguaje acorde al grupo objetivo.

**Procedimiento de selección**

**Criterios de Inclusión:**

**Criterios de Exclusión:**

**Mediciones y Análisis**

**Confidencialidad:**

Al respecto, expongo que yo, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, he sido informado (a) sobre el estudio a desarrollar y las eventuales molestias, incomodidades y riesgos que la realización del procedimiento implica. También he sido informado previamente que la participación en el procedimiento no involucra costos económicos que yo deba hacerme cargo. He sido informado de las actividades, los beneficios y riesgos que implica la realización de la investigación y del tiempo que debo invertir en dichas actividades.

También declaro haber entregado información verídica de mi estado de salud, durante la entrevista que se me realice para el estudio.

Estoy en pleno conocimiento que los datos que se obtengan de la presente investigación en la cual participaré, serán manejados con absoluta confidencialidad, y que no se publicarán mis datos personales. Sé que la decisión de participar en esta investigación es absolutamente voluntaria y que cualquier duda es de mi exclusiva responsabilidad exponerla a tiempo a los investigadores. Si no deseo participar en ella, puedo hacerlo. Si deseo retirarme del estudio en cualquier momento, puedo hacerlo sin problemas. En cualquiera de estas situaciones se me asegura que no me implicarán consecuencias negativas.

La participación de este estudio es voluntaria y puede abandonarla cuando lo estime conveniente. En caso de estimar que sus derechos hayan sido vulnerados tanto durante como después de realizada la investigación, puede contactarse con el Comité de Ética, al correo comiterhri@gmail.com teléfono: (+56 2) 2222 80 21, el cual examinará dicha situación.

En caso de estimar que sus derechos hayan sido vulnerados tanto durante como después de realizada la investigación, puede contactarse con el Comité de Ética, el cual examinará los proyectos de acuerdo a regulaciones nacionales e internacionales de carácter ético.

He leído el documento, entiendo las declaraciones y la necesidad de hacer constar mi consentimiento, por lo cual lo firmo voluntariamente.

Finalmente, recibo una copia de este documento.

Yo,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(nombre completo), Cédula de identidad \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, de nacionalidad\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ mayor de edad, con domicilio en\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Consiento en participar en la investigación denominada: ***“Nombre del proyecto****”* y autorizo al Investigador responsable, investigadores responsables del proyecto y a quienes éstos designen como sus colaboradores directos para realizar el (los) procedimiento (s) que implica la realización de la investigación.

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

 Participante Nombre investigador

 Teléfono

 Correo electrónico

**ACTIVIDADES**

**BENEFICIOS**

**RIESGOS**

**COSTOS**