|  |  |
| --- | --- |
| Título del proyecto: | |
| Nombre Investigador/a Responsable: | |
| Facultad/Escuela: | |
| Tipo de investigación (pregrado, postgrado u otro) | |
| Teléfono investigador/a: | |
| Correo electrónico investigador/a Responsable: | |
| Nombre Coinvestigadores/as | |
| Correo electrónico coinvestigadores/as | |
| Centro en que se realizará de Investigación: | |
| |  **Consentimiento Informado Versión N°** | **Fecha: 00/00/0000** |

**A. Información al participante**

**1. Invitación**

El propósito de esta información es hacerle una invitación para que usted participe en el proyecto de investigación identificado al inicio de este documento.

Para que pueda tomar una decisión informada si desea o no participar de la investigación, en este documento se describe los objetivos y procedimientos de la investigación, sus derechos, obligaciones, los posibles beneficios y riesgos de participar.

Tome el tiempo que necesite para decidir, lea detenidamente la información que sigue y no dude en hacer las preguntas que desee al Investigador o Investigadora que se lo está explicando, a su familia o amigos.

**2. Razones de la invitación**

Usted es invitada/o a participar en esta investigación porque *(explicar en palabras simples el criterio de reclutamiento, a fin de que el/a participante entienda por qué ha sido seleccionado/a para participar en el proyecto).*

**3. Objetivo del proyecto**

El objetivo de esta investigación es *(explicar en palabras simples comprensibles para el/a participante).*

**4. Procedimientos de la investigación**

***-*** *Descripción de los procedimientos al que se someterá al/a participante, la duración y lugar de la participación.*

*-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 si se filmará o audiograbará alguna instancia.*

***-****Si en la investigación se obtiene información de relevancia psicológica clínica indicar que los resultados obtenidos serán informados a su profesional de la salud tratante, el que le indicará el curso de acción clínico más adecuado*.

**5. Beneficios posibles para los sujetos participantes**

*-Indicar si hay beneficios directos, reales o potenciales para el/a participante asociados a la investigación*

*-Indicar si hay beneficios indirectos o beneficios a terceros (beneficios para la sociedad, beneficios futuros, generar información, bien común u otros).*

*- Igualmente indicar si no hay beneficios para el participante*

**6. Riesgos posibles para los sujetos participantes del proyecto**

-*Explicitar si existen riesgos, aunque sean mínimos, y los resguardos, medidas de mitigación y reparación previstas por el/a investigador/a. Ej: incomodidad al responder preguntas sensibles, indicar “usted no está obligado/a responder si se siente incómodo/a”.*

*-Si no hay riesgos, indicar: “Esta investigación no tiene riesgos para usted”.*

*-Si aplica: En caso de que requiera contención o apoyo profesional psicológico, producto de los temas tratados, el equipo se compromete a asistirlo/a o derivarlo/a oportunamente al profesional correspondiente (especificar).*

**7. Voluntariedad y revocación del consentimiento**

Su participación en esta investigación es completamente voluntaria. Usted tiene el derecho a responder o no las preguntas que desee, a no aceptar participar o revocar su consentimiento y retirarse de esta investigación en el momento que lo estime conveniente comunicándolo al investigador o investigadora. Al hacerlo usted no pierde ningún derecho y no implica sanciones o consecuencias negativas que lo afecten.

**8. Confidencialidad**

Toda la información derivada de esta investigación será mantenida en estricta confidencialidad: será anonimizada y protegida por claves de acceso. Sólo tendrán acceso a ella los miembros del equipo investigador autorizados por el Comité Ético Científico de UNIACC y será utilizada exclusivamente para el desarrollo de los objetivos del proyecto.

**Custodia de los Datos:** El/a investigador/a responsable guardará la información personal relacionada al proyecto por 5 años una vez terminada la investigación. Posterior a este periodo se destruirá toda documentación física y/o digital que se relacione con su identidad.

**Derecho a la imagen del/a participante**: en caso de que el proyecto amerite un registro visual o audiovisual de su participación, tendrá derecho a consentir o no. En caso de consentir tendrá que firmar un Consentimiento Informado anexo especial para el uso de imágenes o grabaciones.

**Focus group:** en caso de que la investigación incluya *focus group,* usted deberá firmar un documento de confidencialidad anexo.

**9. Publicación científica y confidencialidad**

Las posibles publicaciones derivadas de este proyecto se realizarán en conformidad con lo establecido en las leyes 20.584, 20.120 y 19.628, sus datos serán anonimizados a fin de que usted no pueda ser identificado/a. Si desea tener acceso a las publicaciones o a los resultados del estudio, puede solicitarlos al investigador/a responsable.

**10. Costos**

*Si hubiera algún gasto, explicitar quién asumirá ese costo y el valor implicado. Señalar que el/a participante no recibirá dinero por concepto de pago de participación en el proyecto, aunque podría asumirse el valor de transporte y/o colación si las personas tuviesen que permanecer tiempo prolongado para el proyecto.*

**11. Compensaciones**

*-Si aplica, señalar quién pagará los eventuales daños que el/a participante pudiera sufrir derivados directamente de la participar en la investigación, de lo contrario señalar que “no hay compensaciones porque la investigación no conlleva posibilidades de daños para el/a participante”.*

**12. Derechos del/la participante**

Cualquier pregunta que usted desee hacer en relación con su participación en este proyecto, será respondida por el Investigador/a Responsable cuyos datos de contacto se encuentran al inicio de este documento. Cualquier pregunta que usted desee hacer en relación con sus derechos como participante del presente proyecto de investigación puede comunicarse con el Comité Ético Científico de la Universidad UNIACC al correo [comitedeetica@uniacc.cl](mailto:comitedeetica@uniacc.cl)

**B. Consentimiento informado - Hoja de firmas**

**Al firmar el presente documento, declaro que:**

1. Se me ha explicado el propósito de esta investigación, los procedimientos, beneficios y riesgos.
2. Firmo este documento voluntariamente, sin ser forzado/forzada a hacerlo.
3. No estoy renunciando a ningún derecho que me corresponda.
4. Al momento de la firma, se me entrega una copia firmada de este documento.

**Los espacios que siguen van escritos de puño y letra por los firmantes**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Nombre del o la participante | RUT | Firma | Fecha | Hora |
| Nombre del investigador autorizado que obtiene el Consentimiento Informado | RUT | Firma | Fecha | Hora |
| Nombre del Investigador Responsable | RUT | Firma | Fecha | Hora |

**Este documento sólo es válido si cuenta con la autorización y timbre del Comité Ético Científico de Universidad UNIACC**