***Nota: alternativas posibles para la obtención de la firma de este Consentimiento Informado por parte del participante:***

***1. El participante lo imprime, lo firma y lo devuelve al/a IR en PDF vía mail***

***2. El participante lo fotografía agregando fotocopia o imagen de su cédula la identidad y puede confirmar la firma en un próximo encuentro presencial con el/a IR.***

***3. El participante firma en el primer encuentro presencial, en el intertanto se da por entendido que consintió de momento que respondió el cuestionario que se despliega al final de este documento.***

|  |
| --- |
| 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 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 identificado al inicio de este documento.

Para que pueda tomar una decisión informada de si desea o no participar de la investigación, en este documento se describe el objetivo del proyecto, sus derechos, obligaciones, los procedimientos necesarios para la investigación, 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 profesional que se lo está explicando, a su familia o amigos.

**2. Razones de la invitación**

Usted es invitado a participar en este proyecto porque *(explicar el criterio de reclutamiento, a fin de que el eventual participante entienda por qué ha sido seleccionado para el estudio).*

**3. Objetivo del estudio**

El objetivo de este proyecto es *(explicar en palabras simples).*

**4.** **Si usted acepta participar**

Deberá firmar su aceptación en “hoja de firmas” de este documento llenando los datos de la primera línea del cuadro (nombre del participante, RUT, firma, fecha, hora).

-una vez que haya firmado deberá marcar, al final del documento, la casilla **“SÍ, acepto participar”.**

-una vez que haya marcado la casilla se desplegará un cuestionario que usted deberá responder personalmente con un total de *…..* preguntas, lo cual tomará aproximadamente *…* minutos. Estas preguntas abordan temas relativos a *(describa con claridad la(s) temática(s) a tratar..*

**-Se entiende que usted ha dado su consentimiento de momento que ha respondido el cuestionario.**

**5. Si usted no acepta participar**

Sólo debe marcar la casilla **“NO, no acepto participar”** sin firmar nada y el documento se cerrará automáticamente.

**6. Procedimientos de la investigación**

*-Descripción de los procedimientos a seguir con el/a participante en el proyecto.*

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

*Indicar los beneficios directos, reales o potenciales que podrá obtener el/a participante con el procedimiento en estudio, así como los posibles beneficios a terceros (progreso científico, bien común, etc). Igualmente indique si no hay beneficio alguno.*

**8. Riesgos posibles para los sujetos participantes del estudio**

*Incluir los riesgos involucrados, aunque sean mínimos, en cuanto a magnitud y probabilidad. Si no hay riesgos, indicar: “Esta investigación no tiene riesgos para usted”.*

**9. Voluntariedad y revocación del consentimiento**

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

**10. Confidencialidad**

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

**11. 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.

**12. Costos**

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

**13. 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”.*

**14. Derechos del paciente**

Cualquier pregunta que usted desee hacer en relación con su participación en este proyecto, será respondida por el Investigador Responsable cuyos datos de contacto se encuentran al inicio de este documento.

Cualquier pregunta que usted desee hacer en relación a sus derechos como participante del presente proyecto de investigación puede comunicarse con el Comité Ético Científico de UNIACC al correo comitedeetica@uniacc.cl

**B. Consentimiento Informado. Hoja de firmas**

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

1. He comprendido el propósito de esta investigación, los procedimientos, beneficios y riesgos.
2. Firmo este documento voluntariamente, sin ser forzado(a) a hacerlo.
3. Se me entrega, vía *on line,* una copia firmada de este documento*.*

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

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Nombre del participante | RUT | Firma | Fecha | Hora |
| Nombre del profesional 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.**

|  |  |
| --- | --- |
| **SÍ, acepto participar** |  ◙ |
| **NO, no acepto participar** |  ◙ |