|  |
| --- |
| 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 participe en el proyecto de investigación arriba referido.

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

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 este proyecto porque *(explicar con palabras simples el criterio de reclutamiento, a fin de que el eventual participante entienda por qué ha sido seleccionado/a para 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 a los que se someterá al/a participante, incluyendo aquellos que son invasivos.*

***-****Si se trata**de un estudio con intervención en psicología clínica, clarificar que se trata de una investigación y no de un tratamiento psicológico clínico.*

***-****Indicar procedimientos o tratamientos existentes y disponibles para el sujeto si los hay.*

*Incluya una estimación del tiempo (en número visitas o meses) que durará la participación. Si corresponde, entregue un esquema simplificado y/o calendario de visitas.*

*-Si en la investigación se obtiene información de relevancia psicológica-clínica indicar que los resultados obtenidos serán informados a su psicólogo/a tratante.*

*-Para investigaciones con asignación aleatoria a grupos, debe quedar claro el concepto y cómo se realiza (i.e., por un computador), si hay o no doble ciego.*

**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”.*

*-En caso de investigaciones psicológicas en que se 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 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.

**8. 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.

**Custodia de los Datos:** El o la 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 requiera 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.

**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 participante**

Cualquier pregunta que usted desee hacer en relación con su participación en esta investigación, 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 a sus derechos como participante del presente proyecto de investigación puede comunicarse con el Comité Ético Científico de Universidad UNIACC al correo 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 forzada/o 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/la participante | RUT | Firma | Fecha | Hora |
| Nombre del/a profesional autorizado que obtiene el Consentimiento Informado | RUT | Firma | Fecha | Hora |
| Nombre del/a Investigador/a Responsable | RUT | Firma | Fecha | Hora |

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