|  |  |
| --- | --- |
| 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/a participante**

**1. Invitación**

El propósito de esta información invitarla/o a participar del proyecto de investigación identificado al inicio de este documento. Si usted acepta participar, le pediré que me permita **entrevistarla/o.**

Para que pueda tomar una decisión informada si desea o no participar, en este documento se describe los objetivos y procedimientos de la investigación, sus derechos y obligaciones y 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 este proyecto porque *(explicar en palabras simples el criterio de reclutamiento, a fin de que el/a participante entienda por qué ha sido seleccionado para la investigación).*

**3. Objetivo del proyecto**

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

**4. Procedimientos de la investigación**

Su participación en esta investigación consistirá en participar de una entrevista para conocer sus experiencias y opiniones respecto del tema (*explicar).*

No habrá respuestas correctas ni incorrectas, sólo se trata de conocer su opinión sobre el tema.

La entrevista tendrá una duración aproximada de *(indicar tiempo de duración)*.

Si usted está de acuerdo, la entrevista será *(grabada, filmada, transcrita…otro)* sólo para los objetivos del proyecto. Si lo desea, se le hará llegar copia de la transcripción para que usted pueda revisarla y corregirla si lo considera necesario.

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

***-****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*.

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

*-Indicar si hay beneficios directos, reales o potenciales para el/a participante asociados a la investigación o para 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: “si hay alguna pregunta o tema que lo haga sentir incómodo, usted no está obligado/a responde”.*

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

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

**7. Voluntariedad y revocación del consentimiento**

Su participación en esta investigación es completamente voluntaria. Usted tiene el derecho a participar o no de las entrevistas, 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.

**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 de la investigación, 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 la investigación, aunque podría asumirse el valor de transporte y/o colación si fuere pertinente.*

**11. Compensaciones**

*En caso de que aplique, 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/a participante**

Cualquier pregunta que usted desee hacer en relación con su participación en este proyecto, será respondida por el/a 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 y comprendo 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/a participante | RUT | Firma | Fecha | Hora |
| Nombre del investigador/a autorizado/a 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.**