

## Consentimiento Informado para la Participación en un Estudio de Investigación

Director de escuela Investigador (es): \_\_\_\_\_

Título del Estudio: \_\_\_\_\_

Nombre del participante: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

1. La siguiente información se proporciona para informarle sobre el proyecto de investigación / estudio y su participación. Lea este formulario cuidadosamente, haga las preguntas que usted o su hijo puedan tener sobre este estudio y la información que se proporciona a continuación, y asegúrese de recibir respuestas a sus preguntas antes de firmar este formulario de consentimiento (se le entregará una copia).

2. Propósito de este estudio:

El propósito de este estudio es \_\_\_\_\_

Se le pide participar en este estudio de investigación porque \_\_\_\_\_

3. La duración aproximada de la participación: \_\_\_\_\_

4. Procedimientos a seguir para este estudio: \_\_\_\_\_

5. Procedimiento(s) / examen(es) experimental(es) involucrado(s) en el estudio:
6. Descripción de las incomodidades, inconvenientes y / o riesgos que pueden esperarse razonablemente como resultado de su participación en el estudio:
7. Buenos efectos o beneficios que podrían resultar de participar en este estudio:
- a. Los beneficios para la ciencia y la humanidad que podrían resultar de este estudio:
  
  
  - b. Los beneficios que usted podría obtener al participar en este estudio (incluida la compensación, si corresponde):
8. Procedimientos alternativos o cursos de tratamiento, en su caso, que podrían estar disponibles:
9. Privacidad y confidencialidad: todos los esfuerzos, dentro de lo razonable, se realizarán para mantener la confidencialidad de su información personal en su registro de investigación. Su información puede ser compartida con la Junta de Revisión Institucional de la Universidad de Samford o la Oficina de Protección de Investigaciones Humanas (Gobierno Federal). Su información solo se usará para fines de monitoreo.

10. En caso de lesión relacionada con el estudio: si este estudio implica un riesgo más que mínimo, la siguiente compensación y / o tratamientos médicos están disponibles si ocurre una lesión:

11. Información de contacto: si usted o su hijo tienen alguna pregunta sobre este estudio de investigación, sus derechos o si su hijo sufre una lesión relacionada con el estudio, comuníquese con:

O si el investigador principal es un estudiante, consejero de la facultad para este estudio:

Si tiene preguntas o inquietudes adicionales que no responden la (s) persona (s) anterior (es), siéntase libre de contactar al Presidente de la Junta de Revisión Institucional de la Universidad de Samford:

Dr. Rachel Bailey

205-726-4509

rcasiday@samford.edu

12. Su participación en este estudio de investigación es voluntaria. Usted puede negarse a participar o puede retirar su consentimiento para participar en este estudio en cualquier momento sin sufrir sanciones. En caso de que se disponga de nueva información que pueda afectar los riesgos o beneficios asociados con este estudio de investigación, se le notificará para que pueda tomar una decisión informada sobre si continuar o no participar en este estudio.

Circunstancias bajo las cuales el investigador principal puede retirarlo del estudio participante:

**ACUERDO DE PARTICIPAR EN ESTE ESTUDIO:**

He leído este documento de consentimiento informado y el material que contiene ha sido explicado verbalmente. Todas mis preguntas han sido respondidas, y libremente y voluntariamente elijo dar mi consentimiento para la participación de mi hijo en este estudio. He recibido una copia de este formulario de consentimiento.

\_\_\_\_\_  
Nombre impreso del participante

\_\_\_\_\_  
Firma del participante

\_\_\_\_\_  
Fecha

Consentimiento obtenido por:

\_\_\_\_\_  
Nombre impreso

\_\_\_\_\_  
Título

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha