

Consentimiento Informado

Universidad de San Carlos de Guatemala
Centro Universitario de Occidente
División de Ciencias de la Salud
Carrera de Médico y Cirujano



USAC
TRICENTENARIA
Universidad de San Carlos de Guatemala

Yo, _____,
en calidad de responsable del niño/a _____.

Declaro haber sido informado sobre los objetivos, procedimientos, pruebas y posibles riesgos asociados con la presente investigación. Por lo anterior, autorizo la participación del niño/a bajo mi cargo en el estudio, así como el uso de los datos obtenidos con fines exclusivamente académicos y científicos.

Además, manifiesto que:

1. He recibido información clara y suficiente acerca de los objetivos, procedimientos y posibles riesgos relacionados con el tamizaje y evaluación del neurodesarrollo infantil.
2. Entiendo que la participación en esta investigación es voluntaria y que puedo retirarme del estudio en cualquier momento, sin repercusiones.
3. No recibiré ningún beneficio personal ni retribución económica por la participación en este proyecto.
4. Los datos recopilados serán tratados de manera confidencial y utilizados únicamente con fines académicos y científicos. No se divulgará información personal del participante, garantizando el anonimato y empleando los datos solo para análisis estadísticos o propósitos científicos.
5. Autorizo el uso de datos, fotografías, videos y cualquier otra información generada durante el estudio para fines académicos o científicos, como seminarios, congresos, cursos, publicaciones y otros eventos de divulgación científica.

Declaro que he leído y entendido completamente este documento. Por lo tanto, doy mi consentimiento informado para la participación en la investigación.

Firma o huella digital del responsable del niño o niña

Investigadores:

1. Josué Daniel Soto Consuegra
2. Sonia María Mazariegos Manrique
3. Etelvina del Rosario Ixquiac Vásquez
4. Mariana del Rosario Guzmán Pérez
5. Sarah Ivón López Castillo