

## FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

El propósito de este documento es entregarle toda la información necesaria para que usted pueda decidir si quiere participar en un proceso de recuperación.

La Red Nacional de Proveedores de Servicio para Sobrevivientes de Violencia Sexual es un grupo de instituciones del gobierno y organizaciones no gubernamentales que buscan la recuperación integral de sobrevivientes de violencia sexual a través de la coordinación de servicios que les apoyan. Actualmente, hay cinco organizaciones que proveen servicios dentro de la Red de proveedores: CONANI, CAMINANTE, SUPERATE, Misión Internacional de Justicia (IJM), Representación Legal de la Víctima (RELEVIC).

Si usted decida participar, habrá una persona de estas organizaciones responsable por su caso. Esta persona tendrá contacto regular con usted. Con la ayuda de las otras organizaciones, esta persona buscará servicios terapéuticos, servicios de empoderamiento económico y apoyo legal para ayudarle en su caso.

Para esto, se recolectará información sobre su caso. Es importante saber que la información será totalmente confidencial. Es decir, su nombre y sus datos personales se mantendrán privados y no se compartirán con ninguna persona que no esté involucrada en su caso sin el permiso de usted.

Su participación en este programa es completamente voluntaria y opcional. Si usted no desea participar, no habrá ninguna consecuencia negativa para usted ni su familia. Si usted decida participar, siempre tiene el derecho de dejar de participar y la decisión de dejar de participar tampoco traerá ninguna consecuencia.

Si tiene alguna pregunta o duda, por favor, hágala ahora, antes de proceder a la sección abajo.

### AL RESPECTO, EXPONGO QUE:

He sido informado/a en forma previa a la aplicación, que las actividades del proyecto no implican un costo que yo deba asumir. Mi participación no involucra ningún costo económico que yo deba pagar.

He sido informado/a sobre el programa, entiendo lo explicado y decido participar.

Adicionalmente, las personas responsables

Nombre del punto de contacto:

Número de teléfono del punto de contacto:

han explicado su deseo de aclarar cualquier duda que me surja sobre la participación de esto/a en el programa.

Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Hora: \_\_\_\_\_

Yo, \_\_\_\_\_,

Cédula de identidad N° \_\_\_\_\_ nacionalidad  
\_\_\_\_\_, mayor de edad.

Persona a cargo del caso: \_\_\_\_\_