

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

El propósito de este documento es entregarle toda la información necesaria para que usted pueda decidir si permitirá a su hijo/a participar en este 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 el caso de su hijo/a. Esta persona tendrá contacto regular con usted y su hijo/a. 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.

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. La participación de mi hijo/a 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: _____