

**ANEXO 8 FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO****Optimización de la atención al usuario de un laboratorio clínico de Cuenca mediante la utilización de herramientas digitales.****CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Soy María José Alejandro Jaramillo, estudiante de la maestría en Gestión de la Calidad y Auditoría en Salud de la Universidad Técnica Particular de Loja y, estoy realizando una investigación que evalúa la influencia que tiene la implementación de un Chatbot en busca de la mejora de la calidad de atención del sistema de gestión de usuarios del laboratorio clínico. Se le brindará la información necesaria para comprender en su mayoría el desarrollo del presente estudio y se le invitará a ser partícipe de este de una manera voluntaria.

**PROPÓSITO:** Teniendo en cuenta la importancia que tiene para el prestador de servicios de salud la satisfacción de su usuario día a día se plantea nuevas estrategias para mejorar la calidad de sus atenciones, por lo que, al desarrollar este estudio nos permitiremos identificar aquellas áreas de mejora y proponer estrategias efectivas que optimicen la experiencia del usuario y la eficiencia comunicativa.

**TIPO DE INTERVENCION DE INVESTIGACIÓN:** La presente investigación tendrá un enfoque cuantitativo y se realizará un estudio analítico transversal, esto quiere decir que la información necesaria será recolectada en tiempo presente y los datos obtenidos nos permitirán elaborar tablas estadísticas para analizar y correlacionar.

**SELECCIÓN DE PARTICIPANTES:** Se tomará en cuenta a todos usuarios que utilicen el sistema de gestión de usuarios del laboratorio Clínico y acepten su participación mediante la aceptación de este consentimiento informado.

**PARTICIPACIÓN VOLUNTARIA:** Su participación en esta investigación es totalmente voluntaria. Usted puede elegir participar o no hacerlo. Tanto si elige participar o no, se le agradecerá por la atención y el tiempo brindados.

**PROCEDIMIENTOS Y PROTOCOLO:** En primera instancia se desarrollará por parte de un técnico especializado, la herramienta Chatbot para gestión de usuarios del laboratorio clínico, llevando a cabo las respectivas pruebas técnicas de manejo e implementación, dando cumplimiento al segundo de nuestros objetivos específicos.

Para la obtención de la población y muestra habilitaremos el sistema de gestión de usuarios del laboratorio clínico vía WhatsApp, se aplicará los formularios de recolección de datos a usuarios que utilicen dicho sistema.

Una vez obtenidas las cifras, serán organizadas en una base de datos utilizando el paquete de Microsoft Excel 2016 y analizadas para elaborar las respectivas tablas y gráficos que nos permitan evidenciar los resultados.

**DURACIÓN:** La investigación tendrá una duración de 10 meses en total tomando en cuenta cada uno de los pasos en este proceso. Durante este tiempo el periodo determinado para la recolección de datos será de 2 meses.

En virtud de lo cual, entiendo que se solicita su autorización para acceder a sus datos personales, los cuales servirán para desarrollar futuras investigaciones.

**RIESGOS Y BENEFICIOS:** Los investigadores tomarán las medidas necesarias para precautelar la confidencialidad de sus datos personales. Además, entiendo que los beneficios generados con el uso de sus datos personales serán para que futuras generaciones puedan beneficiarse de los resultados de este estudio.

**DERECHOS Y OPCIONES DEL PACIENTE:** Al aceptar que de sus datos personales sean utilizados con fines de investigación, no renuncio a ninguno de los derechos que por ley me pertenecen. Estoy consciente de que la información contenida en mis datos personales será utilizada únicamente para este fin y nunca se colocarán o

publicarán datos que permitan revelar mi identidad, debido a que los investigadores me garantizan que anonimizarán (codificarán) los datos con la finalidad de respetar mi confidencialidad.

Usted es libre de retirar el consentimiento en cualquier momento, para lo cual deberá informar a los investigadores para que en ese momento se eliminen los datos obtenidos de los datos personales en el laboratorio y no puedan ser utilizados para ningún fin. Esto no le causará ninguna penalidad ni tendrá impacto alguno en la atención en salud que por ley le corresponde.

**COSTOS Y COMPENSACIÓN:** Su participación no implica que recibirá alguna compensación económica.

**CONFIDENCIALIDAD DE DATOS:** Sus datos personales serán anonimizados (codificados) con el objetivo de precautelar la confidencialidad de su información. Además, sus datos serán utilizados exclusivamente para la investigación científica propuesta, y solo eventualmente para investigaciones científicas posteriores relacionadas a la misma línea de investigación, para lo cual deberán pasar por la evaluación y aprobación de un Comité de Ética de Investigación en seres humanos avalado por el Ministerio de Salud Pública, con la finalidad de asegurar que se respeten en todo momento los principios bioéticos y se le informe sobre el uso futuro de los datos personales.

**INFORMACIÓN DE CONTACTO:** Usted en cualquier momento puede comunicarse con los investigadores y plantear las interrogantes que surjan. Puede comunicarse al siguiente teléfono 0994478473 y correo electrónico [mjalejandro2@utpl.edu.ec](mailto:mjalejandro2@utpl.edu.ec)

**DECLARATORIA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO:**

Yo \_\_\_\_\_ (nombres completos del sujeto), comprendo que mis datos personales serán utilizados con fines de investigación científica cuyo objetivo previamente me fue explicado. Me han explicado los riesgos y beneficios de la utilización de los datos de mis datos personales en un lenguaje claro y sencillo. Han respondido a todas las preguntas que he realizado y me entregaron una copia de este documento. Entiendo que en todo momento los investigadores tomarán las medidas necesarias para precautelar la confidencialidad de mis datos personales. Entiendo que los datos confidenciales serán utilizados exclusivamente para la investigación científica propuesta, y solo eventualmente para investigaciones científicas posteriores relacionadas con la misma línea de investigación, para las que se otorgue explícitamente y en su momento, un nuevo consentimiento informado escrito previo a la aprobación del protocolo respectivo por un Comité de Ética de Investigación en Seres Humanos reconocido por el Ministerio de Salud Pública. En virtud de lo cual, voluntariamente (Marque con una X):

**ACEPTO**

☐

**NO ACEPTO**

☐

Nombres completos del sujeto \_\_\_\_\_

Cédula de ciudadanía/ pasaporte del sujeto \_\_\_\_\_

Firma/huella digital del sujeto \_\_\_\_\_

☐

Fecha y lugar \_\_\_\_\_

Nombres completos del testigo \_\_\_\_\_

Cédula de ciudadanía del testigo \_\_\_\_\_

Firma del testigo \_\_\_\_\_ Fecha y lugar \_\_\_\_\_

Nombres completos del responsable de tomar este documento \_\_\_\_\_

Cédula de ciudadanía del responsable de tomar este documento \_\_\_\_\_

Firma del responsable de tomar este documento \_\_\_\_\_

Fecha y lugar \_\_\_\_\_

**DECLARATORIA DE REVOCATORIA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO:**

Yo \_\_\_\_\_ (nombres completos del sujeto), a pesar de haber aceptado inicialmente que mis datos personales sean utilizados en investigaciones REVOCO lo antes mencionado, y solicito que mis datos personales, así como la información obtenida de los mismo sean eliminados y no se utilicen para ningún fin. Con esta declaratoria no renuncio a los derechos que por ley me corresponden.

Nombres completos del sujeto \_\_\_\_\_

Cédula de ciudadanía/ pasaporte del sujeto \_\_\_\_\_

Firma/huella digital del sujeto \_\_\_\_\_



Fecha y lugar \_\_\_\_\_

Nombres completos del testigo \_\_\_\_\_

Cédula de ciudadanía del testigo \_\_\_\_\_

Firma del testigo \_\_\_\_\_ Fecha y lugar \_\_\_\_\_

Nombres completos del responsable de tomar este documento \_\_\_\_\_

Cédula de ciudadanía del responsable de tomar este documento \_\_\_\_\_

Firma del responsable de tomar este documento \_\_\_\_\_

Fecha y lugar \_\_\_\_\_



-----  
*María José Alejandro Jaramillo*

-----  
*Firma*

-----  
*Cédula de ciudadanía 1150038196*

**Responsable del estudio:** Bqf. María José Alejandro  
1150038196

**Contactos:** Universidad Técnica Particular de Loja 07-370-1444  
Bqf. María José Alejandro 0994478473