Resultado de imagen para universidad de montemorelos logo

***Facultad /Escuela /Departamento***

**CARTA DE ASENTIMIENTO**

Titulo de la Investigación:

No. XXX-XXXX

Estimado(a) Joven:

**Introducción / Objetivo:**

Hola mi nombre es \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, somos ungrupo de investigadores de la escuela de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_en la Universidad de Montemorelos. Nuestro equipo investigador está conformado por \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. Actualmente la facultad / escuela está realizando un estudio para conocer acerca de ……. Y para ello queremos pedirte que nos apoyes.

**Procedimientos:**

Si aceptas participar en este estudio de investigación, ocurrirá lo siguiente:

Te haremos algunas preguntas acerca de *………………….por ejemplo…………..y cuestiones generales acerca de ………………… como por ejemplo…………………* La entrevista / el cuestionario tendrá una duración aproximada de*……….* la entrevista será en *(INDICAR UBICACIÓN)* en un horario de………………*(SI SE PLANEA GRABAR LA ENTREVISTA MENCIONARLO Y SOLICITAR SU AUTORIZACIÓN) ( SI HAY TOMA DE MUESTRA DE SANGRE ESPECIFICAR LA CANTIDAD EN ml Y EL EQUIVALENTE EN CUCHARADITA). Te aclaramos que (TANTO LAS ENTREVISTAS Y/O TOMA DE MUESTRAS )* serán realizadas por personal capacitado.

**Beneficios:**

*(ANOTAR LOS BENEFICIOS DIRECTOS O INDIRECTOS)*

**Privacidad y Confidencialidad:** Esta información será confidencial. Esto quiere decir que no diremos a nadie tu respuesta, solo lo sabrán las personas que formen parte del equipo de este estudio quienes nos comprometemos a que esto así sea. Además podrás tener acceso a tus resultados. Se mantendrá la confidencialidad de tus datos que permitan identificarte. Sin embargo, otras autoridades como la Secretaría de Salud, Comité de Ética podrían tener acceso a tu información en caso que se requiera verificar que se cumplan los procedimientos y respeten tus derechos como participante. Nosotros tendremos la obligación de mantener la confidencialidad de la información contenida en ellos.

**Riesgo potencial / compensación:** Los riesgos potenciales que implican tu participación en este estudio son mínimos por ejemplo*(MENCIONAR COMO CUÁLES, ESTOS PUEDEN SER FISICOS , PSICOLOGICOS O SOCIALES)* que te sientas incomodo con alguna de las preguntas dentro del cuestionario. Si alguna de las preguntas te hiciera sentir un poco incómodo(a) tienes derecho de no responderla. No recibirás ningún pago por participar en el estudio, y tampoco te costara nada.

**Participación voluntaria /retiro:** Tu participación en el estudio es voluntaria, es decir aun cuando tu papá o mamá hayan dicho que puedes, si tú no quieres hacerlo puedes decir que no. Es tu decisión si participas o no en el estudio. También es importante que sepas que si en un momento dado ya no quieres continuar en el estudio, no habrá problema, o si no quieres responder a alguna pregunta en particular, tampoco habrá problema.

**Números a contactar**: Si tienes alguna pregunta, comentario o preocupación con respecto al proyecto, puedes contactarme al siguiente número de teléfono 812 359 8339. En un horario de 8 am a 12pm.

Si tienes preguntas generales relacionadas con tus derechos como participante de un estudio de investigación, puedes comunicarte con el presidente del comité de ética de la Universidad de Montemorelos el Dr. José Enrique Zardoni Herrera, al teléfono 82630900 ext.1511 o 1512 de 9.30 am – 12:00pm o por la tarde 3:30-6:00 p.m. O si lo prefieres a la siguiente dirección de correo electrónico etica@um.edu.mx

**Consentimiento para tu participación en el estudio**

Tu firma indica tu aceptación para participar voluntariamente en el presente estudio.

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

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

Firma: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre de la persona que obtiene el consentimiento

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\* Toda información será estrictamente confidencial, resguardando en todo momento la integridad de los participantes.