Resultado de imagen para universidad de montemorelos logo

**Facultad /Escuela /Departamento**

**CARTA DE CONSENTIMIENTO PARA PARTICIPACIÓN DE PADRES Y SUS HIJOS**

Nombre de la Investigación:

No. XXX-XXXX

Estimado (a) Señor/ Señora:

**Introducción / Objetivo:**

La facultad/ Centro de Investigación/ Grupo de Investigadores.. ………………………. está realizando un proyecto de investigación (EN COLABORACIÓN con ………………………) El equipo investigador esta conformado por ………. como investigador principal y colaboradores………….

El objetivo y proposito del estudio es………………………… (AQUÍ DEBE EXPLICAR CON CLARIDAD EL PROPOSITO E IMPORTANCIA DEL ESTUDIO) . El estudio se está realizando en (ESTA COMUNIDAD/ESTA CLÍNICA, EN VARIAS COMUNIDADES/ CLÍNICAS). XXX personas estarán participando en este estudio de investigación.

**Procedimientos:**

Si Usted acepta a participar y que su hijo (a) participe también en el estudio, ocurrirá lo siguiente: (EN CASO QUE SOLO PARTICIPE EL HIJO MODIFICIAR LO QUE SE CONSIDERE )

1. **A Usted** le haremos algunas preguntas acerca de/ como por ejemplo………… y cuestiones generales cerca de su hijo (a) como por ejemplo…………………

La entrevista/ el cuestionario tendrá una duración aproximada de……… lo entrevistaremos en…….. (INDICAR UBICACIÓN) …. en un horario de …….. (SI SE PLANEA GRABAR LA ENTREVISTA, MENCIONARLO Y SOLICITAR SU AUTORIZACIÓN)

1. **A su hijo (a)**  se le aplicará ……. (SI HAY TOMA DE MUESTRA DE SANGRE ESPECIFICAR LA CANTIDAD EN ML Y EL EQUIVALENTE EN CUCHRADITAS) Se le realizarán algunas preguntas acerca de ….. Le aclaramos que (TANTO LA ENTREVISTA Y/O TOMA DE MUESTRA) serán realizados por personal capacitado.
2. Por último su hijo participara en………………………………………………………………………………………

**Beneficios:** (ANOTAR LOS BENEFICIOS DIRECTOS SI LOS HAY, DE LO CONTRARIO MENCIONAR)

Ni Usted ni su hijo recibirán un beneficio directo por su participación en el estudio, sin embargo si usted aceptar participar, estará colaborando con la facultad de …………………………..para ……………………………………

**Privacidad y Confidencialidad:** El investigador principal y colaboradores del estudio tendrán acceso a la información que se obtenga durante el estudio, estos datos se consideran confidenciales de acuerdo a la “Ley de Potección de Datos en Posesión de Particulares”.

Toda la información se procesará sin nombre, /sin matricula, ni nungun otro dato que permita identificarle a USTED y a su hijo(a) (Esta información irá etiquetada con un código. Una lista confidencial vinculará el código con su nombre. Únicamente las personas autorizadas como el investigador principal del estudio o quien (es) el asigne podrán identificarle porque serán los controladores de los datos y los responsables de garantizar su salvaguarda.

El investigador del estudio mantendrá la confidencialidad de los datos que le permitan identificarle. Sin embargo otras autoridades como la Secretaría de Salud, Comités de Ética en Investigación, COFEPRIS, tendrán acceso a su información para verificar que se cumplan los procedimientos del estudio. Estas personas tendrán la obligación de mantener la confidencialidad de la información contenida en ellos.

**Riesgo potencial / compensación:** los riesgos potenciales que implican su participación en este estudio son mínimos…. (SI LOS HAY DESCRIBIR CUALES) …. Si alguna de las preguntas le hicieran sentir un poco incómodo(a) a usted o a su hijo, tienen el derecho de no responderla. (SI SE REALIZA TOMA DE MUESTRA DE SANGRE ESPECIFICAR SI HAY ALGÚN RIESGO COMO UN POSIBLE MORETON O PEQUEÑO DOLOR EN EL MOMENTO, ASI COMO ACLARAR QUE EL MATERIAL QUE SE UTILIZARÁ ES NUEVO Y DESECHABLE, ETC). En el remoto caso de que ocurriera algún daño como resultado de la investigación… (ACLARAR LA FORMA EN LA QUE SE PROCEDERÍA SI SE LLEGARA A DAR EL CASO, EL DAÑO PUDIERA SER FISICO, PSICOLOGICO O SOCIAL) Usted no recibirá ningún pago por participar en el estudio. Y tampoco implicará algún costo para usted.

**Participación voluntaria /retiro:** La participación en este estudio es absolutamente voluntaria. Usted y su hijo(a) está en plena libertad de negarse a participar o de retirar su participación del mismo en cualquier momento. Su decisión de participar o de no participar no afectará de ninguna manera la forma de cómo le trate en…. ESPECIFICAR LOS SERVICIOS DE SALUD, EN LA ESCUELA, ETC SI APLICA). Si alguno de los dos, Usted o su hijo(a) no esta de acuerdo en participar, no será posible hacerlo, para que sea valido ambos tienen que estar de acuerdo.

**Números a contactar**: Si Usted tiene algún pregunta, comentario o preocupación con respecto al proyecto, por favor comuníquese con él /ella investigador responsable del proyecto: …………………………………………al siguiente número de teléfono ……………y correo……….

Si Usted tiene preguntas generales relacionadas con sus derechos como participante de un estudio de investigación, puede comunicarse con la Presidente del comité de ética de la Universidad de Montemorelos Dra. Claudia Rosario Gómez, al teléfono (826 )2630900 -2230901 de EXT 15 10- 15 11 – 15 12 de 16 :00- 19:00 horas si lo prefiere a la siguiente dirección de correo: etica@um.edu.mx

Si Usted acepta participar en el estudio, le entregamos una copia de este documento que le pedimos sea tan amable de firmar.

**Consentimiento para su participación en el estudio**

Su firma indica su aceptación para participar voluntariamente en el presente estudio.

Nombre del padre /madre /tutor del participante: Fecha:

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

Relación con el menor paricipante: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Nombre completo del participante:

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

Nombre completo del testigo : Fecha:

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

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

Relación con el participante: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre de la persona que obtiene el consentimiento Fecha:

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

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