Resultado de imagen para universidad de montemorelos logo

**Facultad /Escuela /Departamento**

**CARTA CONSENTIMIENTO ADULTOS**

**(Grupo de participantes al que se dirige)**

Nombre y No. registro de la Investigación:

Estimado (a) Señor/ Señora:

**Introducción / Objetivo:**

La facultad de ………………………. está realizando un proyecto de investigación (EN COLABORACIÓN) con ………………………El objetivo del estudio es……………………………………….. El estudio se está realizando en (ESTA COMUNIDAD/ESTA CLÍNICA, EN VARIAS COMUNIDADES/ CLÍNICAS)

**Procedimientos:**

Si Usted acepta a participar en el estudio, ocurrirá lo siguiente:

Le haremos algunas preguntas acerca de/ cómo ………………….por ejemplo…………..y cuestiones generales acerca de ………………… como por ejemplo…………………La entrevista / el cuestionario tendrá una duración aproximada de………. la entrevista…….(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 ) Le aclaramos que (TANTO LAS ENTREVISTAS Y/O TOMA DE MUESTRAS ) serán realizadas por personal capacitado.

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

Usted no recibirá un beneficio directo por su participación en el estudio, sin embargo si usted aceptar participar, estará colaborando con la facultad de ……………………………….… para ……………………………

**Confidencialidad:** Toda la información que Usted nos proporcione para el estudio será de carácter estrictamente confidencial, será utilizada únicamente por el equipo de investigación y no estará disponible para ningún otro propósito. Usted quedará identificado (a) con un código y no con su nombre. Los resultados de este estudio serán publicados con fines científicos, pero se presentan de tal manera que no podrá ser identificado (a).

**Riesgo potencial / compensación:** Los riesgos potenciales que implican su participación en este estudio son mínimos. Si alguna de las preguntas le hicieran sentir un poco incómodo(a) tiene derecho de no responderla. (SI SE REALIZA TOMA DE MUESTRA DE SANGRE ESPECIFICAR SI HAY ALGÚN RIESGO COMO UN PEQUEÑO MORETON O PEQUEÑO DOLOR EN EL MOMENTO, ASÍ COMO ACLARAR QUE EL MATERIAL QUE SE UTILIZARÁ ES NUEVO Y DESECHABLE). 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….) 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 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)

**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 ……………………..Ext ……….. En un horario de………………………

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 82630900 ext.1511 o 1512 de 9.30 am – 12:00pm o por la tarde 3:30-6:00 p.m. O si lo prefiere a la siguiente dirección de correo electrónico 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 participante: Fecha:

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

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

Nombre completo del testigo:

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

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.