Resultado de imagen para universidad de montemorelos logo

**Dirección de Investigación e Innovación.**

**CARTA DE CONSENTIMIENTO FOTOS/VIDEOGRABACIÓN**

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

Nombre y No. De resgistro de la Investigación:

Estimado (a) Señor/ Señora:

**Introducción / objetivo:**

La facultad de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ está realizado un proyecto de investigación en colaboración con \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. El objetivo del estudio es\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. El estudio se está realizando en \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. (ESTA COMUNIDAD/CLINICA, VARIAS COMUNIDADES/CLINICA, ESCUELA)

**Procedimientos:**

Como parte de su participación en el estudio le pedimos nos permita tomar fotografías /videograbaciones, con objeto de (EXPLICAR EL OBJETIVO DE LA TOMA DE FOTOS/VIDEO). En la fotografía/videograbaciones que tomaremos aparecerá (MENCIONAR SI APARECE O NO SU ROSTRO O SI SE TOMARAN DE FORMA QUE NO PODRÁ SER IDENTIFICADO (A) Las fotografías/ videograbación se utilizaran para…..(EXPLICAR SI SERÁN PARA FINES EDUCATIVOS/EXPOSICIÓN AL PÚBLICO/PUBLICACIÓN EN REVISTA )

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

“Usted no recibirá un beneficio directo por su fotografías/videograbaciones que se le tomarán sin embargo si usted acepta participar, estará colaborando con la

**Confidencialidad:** su nombre siempre será confidencial, ya que no se mencionar ‘en las fotografías/videograbaciones. Tampoco aparecerá en los documentos relacionados al proyecto ni en las exposición/publicación de la misma. La fotografía/videograbación original las conservara el investigador responsable en un lugar seguro

**Riesgo potencial / compensación:**

(SI HAY RIESGO DE SER IDENTIFICADO (A) ACLARAR) Es importante mencionar que si usted aparece en la fotografía /videograbación, algunas personas podrás

**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 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, INSTITUCIÓN DONDE LABORA, ETC)

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 1: fecha:

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

Dirección: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

Nombre completo del testigo2: fecha:

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

Dirección: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

Nombre de la persona que obtiene el consentimiento fecha:

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