

## FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

### Validación de dispositivo de autoaprendizaje de braille

#### Estimados padres/madres o apoderados:

Me dirijo a ustedes para informarles que su hijo/a ha sido invitado/a a participar en una prueba piloto de validación de un dispositivo diseñado para el autoaprendizaje del sistema braille, como parte de un proyecto de tesis *“Dispositivo para el auto aprendizaje de Braille para niños con deficiencia visual.”*

El objetivo de esta prueba es evaluar la usabilidad, comprensión y experiencia de aprendizaje con el dispositivo.

#### La participación es voluntaria y consiste en:

- Uso supervisado del dispositivo durante un máximo de 30 minutos.
- Observación de la interacción por parte del equipo investigador.
- Registro en video o notas escritas solo si usted lo autoriza.

**Este estudio NO implica riesgos físicos ni psicológicos** para el/la participante y será guiado en todo momento por profesionales capacitados.

**Confidencialidad:** Todos los datos serán anónimos y utilizados únicamente con fines académicos. Las grabaciones o fotografías solo serán compartidas con su consentimiento.

---

#### AUTORIZACIÓN

Yo, \_\_\_\_\_,

Identificado/a con **DNI N°** \_\_\_\_\_,

en calidad de padre/madre/apoderado/a del menor:

**Nombre del menor:** \_\_\_\_\_

Autorizo su participación en la validación del dispositivo antes descrito.

#### Autorizo el uso de imágenes o videos:

☐ Sí ☐ No

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

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