**Consentimiento del participante**

**Video participativo de evaluación - Acción comunitaria contra el Zika**

**Colombia**

Este proyecto está diseñado para probar una nueva forma de contar Sus historias. Como parte de ésta comunidad, puede aparecer en vídeos o fotos durante el proyecto.

Entiendo que en cualquier momento puedo solicitar que mi información se elimine sin ningún impedimento.

**Entiendo**

# Fotos y Video

Puede que usemos sus historias e imágenes para informar a nuestros donantes y compartirlas con otras personas en el país y en el extranjero.

¿Nos permitiría publicar fotos o videos de **Usted** en la Cruz Roja, los socios del programa y otros sitios web internacionales respetados?

**Si  No**

¿Nos permitiría publicar las grabaciones que **realizó Usted** en la Cruz Roja, los socios del programa y otros sitios web internacionales respetados?

**Si  No**

Si ha realizado grabaciones que se utilizan en algún vídeo, ¿desea que se incluya su nombre al final de la película?

**Si  No**

# Investigación

Puede que veamos y hagamos vídeos sobre Usted durante el proyecto para aprender sobre cómo hacer videos.

¿Nos permitiría publicar esta información, siempre y cuando **no usemos** Su nombre?

**Si  No**

# Consentimiento

Su nombre: Nombre del facilitador de la comunidad:

Su apellido: Firma del Facilitador de la Comunidad:

Su edad:

Su firma: