



Carta de consentimiento informado para investigación

Dirigido a: Padres, Madres y sus hijos

<p>Título de proyecto: XXX Licenciatura/Posgrado: XXX Nombre del Asesor: XXX Nombre del Estudiante: XXX Fecha aprobación por el Comité de ética: (La fecha se incluirá una vez que el estudio haya sido aprobado por el comité de ética y la carta sea enviada para sello al Departamento de Investigación)</p>
--

Estimado(a) Señor/Señora:

Usted ha sido invitado a participar en el presente proyecto de investigación, el cual es desarrollado por la licenciatura/posgrado de la Universidad Continente Americano. El estudio se realizará en **(describir el lugar: esta comunidad/esta clínica/ está escuela/en varias comunidades/clínicas/ escuelas)**. Si usted decide participar y que su hijo(a) participe también en el estudio, es importante que considere la siguiente información. Si algunos de los puntos que se describen a continuación no le quedan claros usted es libre de preguntar en cualquier momento.

El propósito del presente estudio es... **(Describir de forma sencilla el objetivo principal de su estudio y la población objetivo)** Le pedimos participar en este estudio porque usted forma parte de...**(describir los criterios de inclusión)**

Procedimientos: (Es importante que se utilicen frases cortas, lenguaje sencillo y culturalmente apropiado para facilitar la comprensión de la información, es recomendable hacer uso de viñetas y/o diagramas de flujo para explicar con mayor claridad los procedimientos a realizar para la obtención de la información)

Su participación consistirá en:

- **Mencionar el instrumento o herramienta que se aplicará al padre y/o al hijo(a) y una breve explicación de la técnica)**.
- La **(entrevista/cuestionario/grupo focal)** durará alrededor de **(XX minutos)** y abarcará varias preguntas sobre **(detallar los temas que serán consultados)**.
- La entrevista será realizada en el lugar, día y hora determinada por **(mencionar La institución o lugar dónde se realizará la intervención)**.



- Para facilitar el análisis, esta (**entrevista/grupo focal**) será grabada. En cualquier caso, usted y/o su hijo(a) podrá interrumpir la grabación en cualquier momento y retomarla cuando quiera.

Beneficios: Anotar los beneficios directos si los hay, de lo contrario mencionar No hay un beneficio directo por su participación ni la de su hijo(a) en el estudio, sin embargo, si usted acepta participar y que su hijo(a) participe, estará colaborando con la Universidad Continenente Americano para (**describir el uso potencial de la información en términos de beneficio social**).

Confidencialidad: Toda la información proporcionada para el presente estudio será confidencial, utilizada únicamente para fines académicos y de investigación teniendo acceso a los datos solo el estudiante y asesor de proyecto, A usted y su hijo(a) se les asignará un código alfanumérico, para asegurar la privacidad de los datos. Los resultados derivados del presente estudio serán publicados con fines académicos y científicos.

Participación Voluntaria/Retiro: La participación de usted y su hijo(a) en el presente proyecto de investigación es voluntaria, ustedes cuentan con la libertad de negarse a participar o retirar su participación en cualquier momento.

Riesgos Potenciales/Compensación: Los riesgos potenciales que implican su participación y la de su hijo(a) en este estudio son: (**Indicar si los riesgos son mínimos o mayores al mínimo**). Si alguna de las preguntas le hiciera sentir un poco incómodo(a) a usted y su hijo(a), tienen el derecho de no responder. (**Si se realizan toma de muestras biológicas tomar en cuenta el formato de consentimiento informado para estudios que utilizan muestras biológicas para investigación**). En el remoto caso de que ocurriera algún daño como resultado de la investigación, (**Aclarar las medidas que se tomarán para disminuir el riesgo o reparar los daños si se llegara a dar el caso**). Usted y su hijo(a) no recibirán ningún pago por participar en el estudio, y tampoco implica algún costo para ustedes.

Aviso de Privacidad Simplificado: El/La investigador/a principal de este estudio, Dr./Dra. Mc, Especialista, XXX, es responsable del tratamiento y resguardo de los datos personales que nos proporcione usted y su Hijo(a), los cuales serán protegidos conforme a lo dispuesto por la **Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados**. Los datos personales que les solicitaremos serán utilizados exclusivamente para fines académicos. Usted y su hijo(a) pueden solicitar la corrección de sus datos o que sus datos se eliminen de nuestras bases o retirar su consentimiento para su uso. En cualquiera de estos casos les pedimos dirigirse al investigador responsable del proyecto a la siguiente dirección de correo xxx.

Consulta el aviso de privacidad extenso en: https://uca.edu.mx/AvisoPrivacidadUCA_L.pdf

Números a Contactar: Si usted tiene alguna pregunta, comentario o preocupación con respecto al proyecto, por favor comuníquese con el/la investigador/a) responsable del proyecto: Dr./Dra. _____ al siguiente número de teléfono (461) _____ ext: ___ en un horario de _____ ó al correo electrónico _____.

Si usted tiene preguntas generales relacionadas con sus derechos como participante de un estudio de investigación, puede comunicarse con la Presidenta del Comité de Ética, Bioética e Investigación de la Universidad Continenente Americano la Esp. Magnolia Peralta Pérez al teléfono



(461) 6088173 de 9:00 am a 16:00 hrs. ó si lo prefiere puede escribirle a la siguiente dirección de correo electrónico c.magnolia.perez@uca.edu.mx

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

Declaración de la persona que da el consentimiento

- Se me ha leído esta Carta de consentimiento.
- Me han explicado el estudio de investigación incluyendo el objetivo, los posibles riesgos y beneficios, y otros aspectos sobre mi participación en el estudio.
- He podido hacer preguntas relacionadas a mi participación en el estudio, y me han respondido satisfactoriamente mis dudas.

Si usted entiende la información que le hemos dado en este formato, está de acuerdo en participar en este estudio, de manera total o parcial, y también está de acuerdo en permitir que su información de salud sea usada como se describió antes, entonces le pedimos que indique su consentimiento para participar en este estudio.

Registre su nombre y firma en este documento del cual le entregaremos una copia.

PARTICIPANTE:

Nombre: _____

Firma: _____

Fecha/hora _____



TESTIGO 1

Nombre:

Firma:

Relación con

la participante:

Fecha/hora:

TESTIGO 2

Nombre:

Firma:

Relación con

la participante:

Fecha/hora:

Nombre y firma del investigador o persona que obtiene el consentimiento:

Nombre:

Firma:

Fecha/hora