

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN UNA ENCUESTA O REGISTRO DE DATOS PARA INVESTIGACIÓN CLÍNICA

Título del estudio:	
Nombre Investigador/a Responsable:	
Unidad/Departamento/Servicio:	
Centro:	
Teléfono investigador/a:	
Correo electrónico investigador/a:	
Patrocinador (si fuere el caso):	
Consentimiento Informado Versión N°	Fecha: 00/00/0000

A. Información al paciente

1. Invitación

Le invitamos a usted (*o su representado/a*) a participar de una encuesta que le tomará *xxx* minutos de su tiempo, la cual forma parte del estudio señalado en el título de este documento. Específicamente el tema a tratar en la encuesta es *xxx*. La información obtenida será utilizada para *xxx*.

Por favor responda personalmente las preguntas de las páginas siguientes.

No hay respuestas correctas o incorrectas sólo responda como usted piensa o siente.

Si alguna pregunta le hace sentir incómodo o incómoda puede no responderla si así lo prefiere.

Aunque lo ideal es tratar de dar toda la información solicitada en beneficio de los objetivos del estudio.

2. Razones de la invitación

Se le invita a responder esta encuesta porque (*explicar las razones a fin de que el/a participante entienda por qué ha sido seleccionado para responder la encuesta*).

3. Objetivo del estudio

El objetivo de este estudio es (*explicar en palabras simples comprensibles para el participante*).

4. Confidencialidad

Se garantiza confidencialidad de la información proporcionada por usted.

(Puede darse las siguientes alternativas -u otra-, se debe señalar la que corresponda:

-la encuesta lleva la identidad del/a participante y los datos irán a una base de datos confidenciales.

-los datos serán anonimizados y no hay ningún identificador directo que conecte las respuestas con la persona.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN UNA ENCUESTA O REGISTRO DE DATOS PARA INVESTIGACIÓN CLÍNICA

-la encuesta no lleva nombre ni otro signo que pueda revelar la identidad del/a participante).

Sólo tendrán acceso a los datos los miembros del equipo investigador autorizados por el Comité Ético Científico de Clínica Santa María y la información obtenida será utilizada exclusivamente para los objetivos del estudio.

5. Beneficios posibles para los sujetos participantes

Indicar los beneficios directos, reales o potenciales que podrá obtener el participante, así como beneficios a terceros (futuros pacientes, progreso de la medicina, bien común u otro).

6. Riesgos posibles para los sujetos participantes del estudio

- Explicitar si existen riesgos, aunque sean mínimo y los resguardos que el investigador ha previsto para enfrentarlos en caso de su existencia. - Si no hay riesgos, indicar: "Esta encuesta no tiene riesgos para usted".

7. Voluntariedad y revocación del consentimiento

Su participación en esta encuesta es completamente voluntaria. Usted tiene el derecho a no aceptar participar o revocar su consentimiento en el momento que lo estime conveniente. Al hacerlo, usted no pierde ningún derecho que se le entrega como paciente y no se verá afectada la calidad de la atención médica requerida.

9. Publicación científica y confidencialidad

Es posible que los datos y resultados derivados de esta encuesta puedan ser publicados en revistas y conferencias médicas, si esto ocurre, y en conformidad en lo establecido en las leyes 20.584, 20.120 y 19.628, sus datos clínicos serán anonimizados a fin de que usted no pueda ser identificado(a).

10. Costos

Si hubiera algún gasto, explicitar quién asumirá ese costo y el valor implicado

11. Compensaciones

-Señalar que el participante no recibirá dinero por concepto de pago de participación en la encuesta.

12. Derechos del paciente

Cualquier pregunta que usted desee hacer en relación a su participación en esta encuesta, será respondida por el/a Investigador/a Responsable cuyos datos de contacto se encuentran al inicio de este documento. Cualquier pregunta que usted desee hacer en relación a sus derechos como participante del presente estudio de investigación puede comunicarse con el Presidente del Comité Ético Científico de Clínica Santa María Dr. Agustín Espejo García, comite.eticocientifico@clnicasantamaria.cl – tel 229132847.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN UNA ENCUESTA O REGISTRO DE DATOS PARA INVESTIGACIÓN CLÍNICA

B. Consentimiento informado - Hoja de firmas

Al firmar el presente documento, declaro que se me ha explicado y he comprendido el propósito de esta encuesta y firmo este documento voluntariamente sin ser forzado(a) a hacerlo.

Los espacios que siguen van escritos de puño y letra por los firmantes

Nombre del paciente	RUT	Firma	Fecha	Hora
..... Nombre del representante o testigo (si fuese pertinente) relación con el paciente	RUT	Firma	Fecha	Hora
Nombre del profesional autorizado que explica el Consentimiento Informado	RUT	Firma	Fecha	Hora
Nombre del Investigador Responsable	RUT	Firma	Fecha	Hora
Nombre director de la institución o delegado	RUT	Firma	Fecha	Hora

Este documento sólo es válido si cuenta con la autorización y timbre del Comité Ético Científico de Clínica Santa María.