

## 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. Manuel Delgado Ramos, [comite.eticocientifico@clnicasantamaria.cl](mailto: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
<p>.....</p> <p>Nombre del representante o testigo (si fuese pertinente)</p> <p>.....</p> <p><b>relación con el paciente</b></p>	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.