ASENTIMIENTO PARA ADOLESCENTES ENTRE 7 y 13 AÑOS

\*\*Recuerde que todas las secciones en rojo son instrucciones y/o secciones que usted debe completar; no olvide cambiar el color de la fuente a negro antes de enviar los documentos al CEC.

**VÁLIDO DESDE: \_\_\_ / \_\_\_ / 20XX HASTA: \_\_\_ /\_\_\_ / 20XX**

**Título del Proyecto:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Financiado por:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Patrocinante:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Hola:**

Te queremos invitar a participar en un estudio y puedas **DECIDIR SI DESEAS PARTICIPAR**, según lo que se te ha explicado. Recuerda que debes firmar 2 copias, una es para ti y la otra para el equipo que hace el estudio.

**DESCRIPCION DEL ESTUDIO Y OBJETIVO(S)**

¿Por qué se hace este estudio?

**¿Por qué me piden participar?**

**BENEFICIOS**

¿Me pasará algo bueno por participar?

**PROCEDIMIENTOS**

¿Qué quieren que haga?

**RIESGOS Y MOLESTIAS**

¿Me puede pasar algo malo por participar?

¿Tendré alguna molestia o dolor?

**COMPENSACIONES**

¿Me darán algún premio por participar?

**CONFIDENCIALIDAD**

¿Todos van a saber mis respuestas?

**DESTINO DEL MATERIAL OBTENIDO**

¿Van a guardar mis respuestas?

**MUESTRAS BIOLÓGICAS (incluya este punto solo si el estudio incluye muestras biológicas)**

¿Qué pasará con mis muestras?

**COMUNICACIÓN DE RESULTADOS**

¿Cómo sabré el resultado?

**COMUNICACIÓN CON EL INVESTIGADOR Y CEC**

¿Con quién puedo hablar para hacer preguntas?

*Recuerda que* ***tú decides*** *si quieres participar.* ***Puedes aceptar o rechazar*** *participar, e* ***incluso arrepentirte*** *cuando quieras avisando a* nombre, lugar, horario *para firmar la* ***hoja de revocación****.*

***¡Muchas gracias!***

Investigador/a responsable

DECLARACIONES

1. Me han contado porqué se hace este estudio, qué quieren que haga [breve descripción de la investigación], así como de lo bueno que se espera de este estudio [explicar brevemente].
2. Me dijeron qué va a ocurrirme, si me puede pasar algo malo o si puedo tener algún dolor por mi participación en este estudio.
3. Me dijeron si voy a recibir algún premio que consiste en [describir] por mi participación en este estudio.
4. Me dijeron que todos los resultados del estudio míos serán secretos para todos, excepto para el investigador.
5. Me dijeron que la **DECISIÓN** de participar en este estudio, es **ABSOLUTAMENTE VOLUNTARIA**. Si una vez iniciado el estudio no deseo continuar, puedo hacerlo sin tener que dar ninguna explicación. Para esto solo debo decirle al Sr., Sra., [indicar nombre de la persona a cargo de realizar la actividad] para firmar la hoja de revocación.
6. Me dijeron que si tengo cualquier pregunta sobre el estudio debo avisarle a los investigadores/as responsable/s [nombre, correo electrónico, número de teléfono y horario].
7. Me dijeron que también puedo contactarme con el **Comité Ético Científico** de la Universidad de Talca (cec@utalca.cl., Teléfono 71-2-203065. Lunes a jueves: de 09:30-13:00 y de 14:30-16:00).

ACEPTACIÓN

**Sé que puedo elegir participar en el estudio o no hacerlo. Sé que puedo retirarme cuando quiera. He leído esta información (o se me ha leído la información) y la entiendo. Me han respondido las preguntas y sé que puedo hacer preguntas más tarde si las tengo.**

Yo, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, **SI QUIERO** participar en la investigación.

Fecha: \_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ Hora: \_\_\_: \_\_\_

Firma del/la niño/a que consiente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Investigador/a responsable: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Nombre Firma

Co-investigador/a 1 : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Nombre Firma

Co-investigador/a 2 : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Nombre Firma

RECHAZO

**Sé que puedo elegir participar en la investigación o no hacerlo. Sé que puedo retirarme cuando quiera. He leído esta información (o se me ha leído la información) y la entiendo. Me han respondido las preguntas y sé que puedo hacer preguntas más tarde si las tengo.**

Yo, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, **NO QUIERO** participar en la investigación.

Fecha: \_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ Hora: \_\_\_: \_\_\_

Firma de la persona que consiente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Investigador/a responsable: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Nombre Firma

Co-investigador/a 1 : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Nombre Firma

Co-investigador/a 2 : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Nombre Firma

REVOCACIÓN

**Mediante la presente revoco lo anteriormente firmado, para lo cual firmo este nuevo documento libre y voluntariamente, recibiendo en el acto copia de este documento ya firmado**

Yo, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Cédula de Identidad o Pasaporte N° \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de nacionalidad \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, mayor de edad, con domicilio en\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, **REVOCO** lo anteriormente firmado.

Fecha: \_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ Hora: \_\_\_: \_\_\_

Firma de la persona que consiente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Investigador/a responsable: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Nombre Firma

Co-investigador/a 1 : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Nombre Firma

Co-investigador/a 2 : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Nombre Firma