Para… (Explicitar: si es Participante-Padres-Tutor-Estudiante, Representante legal, etc)

El propósito del presente documento es invitarlo a participar en la **investigación** **titulada** “………………………………………………………”, cuyo **investigador/a principal** es ………………………………., los/as co-investigadores/as \_\_\_\_\_\_\_ patrocinada por……….(sólo si lo hubiera indicar si qué tipo de proyecto es, por ejemplo FONIS; DIPUV, CORFO, entre otros). Para que usted pueda tomar una decisión informada, le explicaremos cuáles serán los procedimientos involucrados en la ejecución de la investigación, así como en qué consistiría su colaboración:

1. Relevancia del estudio y beneficios (exponer brevemente y en un lenguaje no técnico y simple, un marco referencial que permita justificar la necesidad e importancia de la investigación para determinado sector de la sociedad y/o de una comunidad científica y sus beneficios. (Ojalá no más de un párrafo)
2. Dónde y cuándo se llevará a cabo la investigación: La investigación mencionada se realizará en (indicar lugar) .................................. durante el año (o los años) ……….…….
3. Objetivos (explicitar para qué se está haciendo la investigación: traducir el objetivo general del trabajo de manera veraz, sintética y simplificada al lenguaje común)
4. Su participación es **voluntaria**, y puede negarse a participar o retirarse de ella en cualquier momento, sin que ello importe responsabilidad, sanción o pérdida de beneficio alguno. Su participación consiste en **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**(ya sea responder un cuestionario, entrevista, acceso a datos personales, someterse a algún test o procedimiento clínico; qué se requerirá del participante y el tiempo que le significará). El procedimiento indicado se realizará en \_\_\_\_\_\_\_ y el día \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(señalar dónde y cuándo tendrá lugar dicho procedimiento)
5. Riesgos (explicitar si existen (o no) y los resguardos que el/la investigador/a ha previsto para enfrentarlos en caso de su existencia)
6. Costos y pagos (si hubiera algún gasto, explicitar quién asumirá ese costo y el valor implicado. Señalar que el/la participante no recibirá dinero por concepto de pago de participación en el estudio, aunque podría asumirse el valor de locomoción y/o colación si las personas tuviesen que permanecer tiempo prolongado para el estudio).
7. Derechos del/la participante: explicar que tiene derecho a manifestar sus dudas al/la investigador/a en cualquier momento, señalar teléfono donde puede ubicar al/la investigador/a. En el caso de estudios que involucren una práctica clínica: explicitar, cuando corresponda, que si los hallazgos así lo señalaran, el/la participante tiene derecho a ser atendido/a por el sistema de salud (u otra instancia), señalando lugar exacto en donde sería atendido y nombrando profesional que se haría cargo de su caso, y su especialidad. Explicitar si hubiese seguros involucrados.
8. Reserva de la identidad del/la participante (explicitar que el nombre del/la participante no será revelado, que en su lugar se utilizará un código, precisando el tipo de código, ya sea letra o número
9. Confidencialidad de los datos (explicitar que el registro de los datos será reservado, que sólo tendrán acceso a ellos los/las investigadores/as y que serán resguardados por el/la investigador/a principal, señalando el tipo de resguardo asumido).
10. Utilización y Publicación de los hallazgos (explicar que los resultados de la investigación podrán ser divulgados o no, según lo estime el/la investigador/a, en publicaciones de tipo científica y/o académicas y (si corresponde) que podrían (si corresponde) ser utilizados en otras investigaciones, que no se alejen de los objetivos de la presente investigación, siempre preservando la identidad del/la participante):
11. Esta investigación ha sido evaluada y aceptada por el Comité de Ética Científica de la Facultad de Farmacia de la Universidad de Valparaíso. Si usted lo requiriera, puede contactar a alguno/a de sus integrantes a través del mail institucional cec.farmacia@uv.cl
12. En caso de aceptar participar, recibirá un ejemplar de este documento.

Nombre, apellido y firma investigador/a principal

Teléfono y/o mail de contacto

Comuna o Ciudad en que se firma, …………(fecha)

**ACTA DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Yo, ………………………………… (nombre y apellidos), RUT …………….. (dígitos numéricos), ……………………………..

Declaro que el/la investigador(a) principal…………………………(especificar profesión o cargo), …………………………………. (nombre completo de investigador/a, y ………………………………………………(nombres y apellido de co-investigadores/as de la ………………………………………..(Facultad de, o Carrera de, etc.), ubicada en calle………………………..Nro………………………….de la ciudad de……………., me ha/n informado en forma completa en qué consiste la investigación……………………………………………………………(título investigación) que llevarán a cabo en ……………………………. (institución y/o ciudad) y cuáles son los procedimientos a los que seré sometido/a (o hijo/a o pupilo/a, si procediera), y en qué consistirá mi participación (o su participación).

De acuerdo a lo explicado en el Consentimiento Informado, del que recibí una copia, entiendo que:

1. El objetivo de la investigación es…………………….(explicar brevemente con claridad) y se verán beneficiados y/ o será útil para……………….………………… (según el caso)
2. Mi participación (o la participación del hijo/a o pupilo(a)) es **voluntaria** y consistirá en…………………… (señalar si hay algún procedimiento de evaluación al que será sometido/a, en qué consistirá, si tendrá que responder algún cuestionario o entrevista, etc.; dónde se evaluará y en qué momento; cuánto durará la evaluación o procedimiento a aplicar, entre otros aspectos).
3. La investigación no ofrece riesgo alguno para mí (o para mi hijo/a o pupilo/a) [Si hubiera algún riesgo, debe explicitarse la magnitud de tal evento y los resguardos que serán tomados por el/la investigador/a]
4. Los datos obtenidos serán **confidenciales**, es decir, mi nombre (o el de mi hijo/a) no será dado a conocer, en su lugar, se utilizará un código ………(señalar si será un número o letra) y sólo podrán ser usados en alguna otra investigación cuyo objetivo no se aleje de los propósitos de este estudio.
5. Los resultados podrán ser divulgados en publicaciones de tipo académico-científicas, resguardando mi identidad (o el de mi hijo/a o de mi pupilo/a). Además, entiendo que tendré acceso a los resultados, si yo lo requiriera.
6. No recibiré remuneración alguna por participar (o por la participación de mi hijo/a o pupilo/a) en este estudio y tampoco tendré que asumir gasto alguno (precisar si hay algún gasto que será asumido por los/as investigadores/as, como pasajes, examen o evaluación o si no implicará gasto para el/la participante)
7. Si la evaluación a la que seré sometido/a, o cualquier otro hallazgo producto de esta investigación, o si el/la investigador/a principal así lo estimara, podré ser atendido/a en….....(nombrar lugar y dirección), por ………………………. (explicitar nombre del/la especialista y profesión; o bien, que se garantiza la continuidad del tratamiento en caso de demostrarse su eficacia, sólo si está en dicho proceso) [Este apartado sólo se precisa en los casos en que correspondiese].
8. Podré retirar mi participación (o la de mi hijo/a o pupilo/a) si lo considerara necesario en cualquier momento sin que ello implique perjuicio alguno para mí (o para mi hijo/a o pupilo/a).
9. Si me surgiera alguna duda, podré consultarla al/la investigador/a principal (y/o a sus colaboradores/as), en cualquier momento de la investigación, a quien/es podré contactar en el fono………………….. (indicar teléfonos y/o mails de contacto).
10. El Comité de Ética Científica de la Facultad de Farmacia de la Universidad de Valparaíso, ha evaluado esta investigación y podré contactar a alguno/a de sus integrantes a través de su secretaria administrativa, Srta. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, en el teléfono \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ a través del mail institucional cec.farmacia@uv.cl

De acuerdo a lo declarado por mí en este documento, del que recibo una copia, firmo aceptando mi participación (o la de mi hijo/a o pupilo/a) en esta investigación.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre , apellidos y firma

Rut: Nro.:

Nombre y apellido investigadores/as, firma, fono y mail de contacto.

Nombre y apellidos Director/a del Centro o Institución en donde se realizará el estudio, quien firmará como Ministro de Fe (si corresponde).

Valparaíso, …………………………de 2023