

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN: _____

INFORMACIÓN PARA LOS PACIENTES

Nombre del estudio y del Investigador Principal

Usted está siendo invitado a participar en el trabajo de investigación:

Investigador principal: _____

Introducción

(EXPLICACIÓN BREVE)

Objetivo

_____ (DEL PROYECTO)

¿Quiénes pueden participar en este estudio?

(CRITERIOS DE INCLUSIÓN) _____

Procedimientos del estudio

DESCRIBIR EN QUÉ CONSISTE LA INTERVENCIÓN

Riesgos y beneficios

Riesgos: _____

Beneficios: _____

Compensación de daños o complicaciones

No se contempla compensación por daños o complicaciones/ O BIEN ACLARAR SI HAY COMPENSACIÓN CUÁL SERÍA

Iniciales paciente/representante _____

Iniciales persona que toma CI _____

¿Quién diseñó el estudio?

Costos

QUE DEBA ASUMIR EL PARTICIPANTE SI CORRESPONDE, O BIEN ACLARAR QUE NO TENDRÁ COSTOS

Participación voluntaria

Su participación en este estudio es completamente voluntaria. Usted puede rechazar su participación o retirar su consentimiento en todo momento. La negativa a participar o su retiro del estudio no altera aspecto alguno de su atención médica.

Confidencialidad

EXPLICAR CÓMO SE RESGUARADRÁ LA CONFIDENCIALIDAD, DÓNDE Y QUIÉN SERÁ EL RESPONSABLE, Y POR CUÁNTO TIEMPO

Más información

Investigador responsable: NOMBRE/ Fono Contacto:

Aprobación: Este estudio ha sido aprobado por

Comité Ético Científico, Facultad de Medicina, Clínica Alemana - Universidad del Desarrollo:

Presidenta Sra., Alejandra Valdés. Universidad del Desarrollo. Teléfono 22 5785591 / Mail: ceccasudd@udd.cl

Estas hojas de información son para que usted las guarde.

Iniciales paciente/representante _____

Iniciales persona que toma CI _____

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN: _____

Hoja de Firma Consentimiento informado

Declaración del participante (o su representante) en la investigación:

- He leído y he entendido la información escrita en este formulario de Consentimiento Informado del proyecto de investigación llamado
- He tenido la oportunidad de formular preguntas respecto a esta investigación las que han sido respondidas en forma satisfactoria.
- Entiendo que recibiré una copia firmada y fechada de este formulario de CI.
- Entiendo que puedo retirar y o rechazar mi participación en este estudio en cualquier momento sin que se vea alterada la atención de mi salud en esta institución, sin sanción o pérdidas de los beneficios a los cuales en otras circunstancias tendría derecho.
- Acepto libremente participar en este proyecto de investigación.
- Firmo voluntariamente este formulario de consentimiento.

Nombre Participante: _____

Firma Participante: _____ Fecha: _____

En caso que corresponda:

Nombre del Representante o Tutor: _____

Firma Representante o Tutor: _____ *Fecha:* _____

Relación del Representante del Participante con el Paciente: _____

Declaración del Investigador:

El suscrito declara que ha explicado en forma total y cuidadosa la naturaleza, propósito, riesgos y beneficios de esta investigación al participante o a su Representante, que está firmando este formulario de consentimiento y que ha contestado las preguntas y dudas de manera satisfactoria.

Nombre del investigador que toma CI: _____

Firma del Investigador: _____ Fecha: _____

Representante del Director de la Institución: El suscrito toma conocimiento del proceso de Consentimiento Informado de esta investigación en el nombre del Director de Clínica Alemana de Santiago:

Nombre del Representante Institucional: _____

Firma del Representante Institucional: _____ Fecha: _____

Iniciales paciente/representante _____

Iniciales persona que toma CI _____