



CONSENTIMIENTO INFORMADO Estudio Observacional

ANEXO N° 13A

Título: XXXXX

Investigador Responsable: XXXXX (Nombre, especialidad, teléfono, correo electrónico)

Se le invita participar en un proyecto de investigación que está estudiando XXXXX (Explicar en palabras simples el propósito general) El objetivo de este trabajo es XXXXX (Explicar en palabras simples) Usted es invitado por XXXXX (Enumerar. Por ejemplo: haber recibido el tratamiento antes mencionado y es importante saber su evolución, tiene el problema de salud de interés, fue operado con esta técnica, etc)

Al participar en este estudio, usted autoriza que los datos obtenidos mediante entrevista, evaluación clínica y exámenes sean utilizados con fines académicos. (ej: presentaciones y trabajos en congresos, artículos en revista médicas, clases teóricas) manteniendo en anonimato su identidad.

- A) **Posibles riesgos del estudio** para los sujetos participantes: No considera procedimientos invasivos, ni riesgos para los participantes.
- B) **Posibles beneficios.** Los posibles beneficios que se obtendrán de la participación del estudio son: XXXX (Enumerar. Por ejemplo: Evaluación gratuita, seguimiento gratuito de su actual estado postoperatorio o post tratamiento).
- C) **Revocación del consentimiento:** Usted podrá retirarse de este estudio en cualquier momento sin ser obligado/a dar razones y sin que esto perjudique su calidad de paciente o usuario/a.
- D) **Publicación científica y confidencialidad:** Los resultados de este estudio pueden ser publicados, pero su identidad no será revelada y sus datos clínicos permanecerán en forma confidencialidad, a menos que su identidad sea solicitada por ley, en conformidad en lo establecido Ley N° 19.628, sobre protección de la vida privada

Cualquier pregunta que quiera hacer con relación a mi participación en este estudio deberá ser contestada por el Investigador Responsable cuyos datos de contacto se encuentran al inicio de este documento. También podré resolver mis dudas el Presidenta del Comité de Ética Científica Sr.(a) Nombre y 2 apellidos presidente: (+562)29766095.

Al firmar el presente documento, declaro que:

1. Se me ha explicado y he entendido lo señalado precedentemente.
2. Mi consentimiento está dado voluntariamente sin que haya sido forzado u obligado.



3. Se me ha explicado que tengo derecho a revocar mi consentimiento para participar en este estudio, sin que ello genere para mi pérdida de ninguna especie.

NOMBRE DEL INVESTIGADOR:

FECHA:

FIRMA:

NOMBRE DEL PARTICIPANTE:

FECHA:

FIRMA:

DIRECTOR DE LA INSTITUCIÓN O SU MINISTRO DE FE:

FECHA:

FIRMA:

REVOCACION

Con esta fecha, revoco mi consentimiento de participar en este estudio.

NOMBRE DEL PARTICIPANTE:

FECHA:

FIRMA:



CARLOS POLANCO LAZO
General de Brigada Aérea (S)
DIRECTOR GENERAL