

**CONSENTIMIENTO INFORMADO**

|  |  |
| --- | --- |
| **Título del Proyecto** |  |
| **¿Por qué se está realizando esta investigación?** |  |
| **¿Qué se me solicitará hacer?** |  |
| **Acerca de la confidencialidad** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **¿Cuáles son los riesgos de esta investigación?** |  |
| **¿Cuáles son los beneficios de esta investigación?** |  |
| **¿Tengo que participar en esta investigación?** | *Su participación en esta investigación* ***es completamente voluntaria****. Usted* ***puede decidir no participar en ella****. En caso que usted decida participar, Ud. p****uede definir terminar o dejar de hacerlo cuando lo estime conveniente.*** *Si usted opta por la no participación en este estudio no recibirá ningún tipo de sanción, puesto que usted tiene el derecho para definir si es parte o interrumpe dicha participación.* |
| **Información de contacto** | *Esta investigación es llevada a cabo por XXX.XXXX. Si usted tiene alguna otra consulta acerca de esta investigación, por favor contáctese con:**- XXXXX de la Universidad Arturo Prat, Av. Arturo Prat**2120, Iquique, I Región, Chile, teléfono correo electrónico. , o al:**- Comité Ético Científico de la Universidad Arturo Prat presidido por el Doctor Marcelo Gaete Fernández, Psicólogo, Diplomado en Discernimiento Bioético,* *cec@unao.cl* |
| **Acreditación de la edad del sujeto y consentimiento** | *Su firma indica que:*- *Usted es mayor de18 años;*- *Se le ha explicado en qué consiste esta investigación;*- *Sus preguntas han sido contestadas; y* *usted ha decidido libre y voluntariamente participar del presente estudio.* ***Se deja una copia al informante de este documento.*** |
| **Firma y Fecha** | **NOMBRE DE LA PERSONA** |  |
| **FIRMA DE LA PERSONA** |  |
| **FECHA** |  |