



**Ministerio  
de Educación y Cultura**



## **Comité de Ética de Investigación en Seres Humanos del IIBCE (CEIH-IIBCE)**

### **Consentimiento informado**

#### **Información sobre el proyecto de investigación**

**Título:** \_\_\_\_\_

**Nombre de la(s) persona(s) responsable(s):**

\_\_\_\_\_

**Centro(s), departamento(s) o laboratorio(s) donde se desarrollará el  
proyecto:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Institución(es) participante(s):**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### **Invitación a participar**

#### **Descripción, objetivos, justificación y beneficios sociales de la investigación**

Invitamos a Ud. a participar de este proyecto de investigación.

El mismo tiene como objetivo

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_





Consiste en

---

---

Los datos obtenidos serán importantes para

---

---

### Registro y avales del proyecto de investigación

La investigación fue registrada en el MSP con fecha \_\_\_\_\_  
y N.º de Registro \_\_\_\_\_.

Tanto el Proyecto como este Consentimiento Informado cuentan con  
aprobación del CEIH-CLAEH con fecha \_\_\_\_\_ y N.º de  
Registro \_\_\_\_\_.

*(Mostrar el documento de aval al participante)*

### Participación voluntaria y derechos

Su participación será voluntaria. Le solicitamos que escuche  
atentamente, lea cuidadosamente este documento y realice todas las  
preguntas y consultas que desee en este momento o más adelante a  
personas de su confianza.

Le damos el nombre de una persona de  
contacto: \_\_\_\_\_,  
su correo electrónico \_\_\_\_\_ y su celular  
\_\_\_\_\_ a quien Ud. podrá formular preguntas más adelante.





**Ministerio  
de Educación y Cultura**



Tendrá siempre la opción de retirarse en cualquier momento, informando su decisión, sin necesidad de dar explicaciones.

También tiene derecho a solicitar que sus datos o muestras biológicas sean destruidos. Si luego de considerar que cuenta con la información necesaria y está de acuerdo en participar, debe firmar este documento. Con lo cual, Ud. otorgará su consentimiento para el aporte de datos y/o muestras biológicas provenientes de su persona a fin de ser utilizadas en la investigación propuesta.

Si Ud. no está de acuerdo y no desea firmar, no tendrá perjuicios ni consecuencias de ningún tipo. No recibirá remuneración por su participación.

### **Confidencialidad**

Su identidad y los datos aportados solo serán conocidos por los investigadores. No se utilizará su nombre en la investigación. A cada participante se le asignará un código o número y se trabajará con él. La información será guardada bajo dicha clave.

Le proporcionamos el nombre y contacto de la persona responsable de dicho procedimiento y custodio de la información \_\_\_\_\_ y la institución donde se almacenarán dichos datos

Toda la información será utilizada solo para esta investigación y será destruida al finalizarla.





## Obtención de los datos y/o muestras biológicas

Le requeriremos que nos proporcione

---

*Aquí, explicar el **tipo** de datos o muestras biológicas a donar, describir paso a paso los **procedimientos** que se utilizarán para su obtención, cuántas instancias de recolección de datos o de muestras biológicas se les solicitarán y **dónde y quién los obtendrá**. En caso de muestras biológicas, especificar número y volumen necesarios. Si se requiere **el traslado de datos o muestras**, explicar **cómo y quién lo hará**.*

## Almacenamiento de datos y/o muestras biológicas a largo plazo

Los datos y/o muestras serán almacenadas en:

---

quedando bajo la responsabilidad de

---

Le proporcionamos su e-mail y teléfono

---

para contactarse, si fuera necesario. La información será guardada bajo clave y Ud. tiene derecho a solicitar su destrucción en cualquier momento.

*Si el almacenamiento se realizará más allá del tiempo de la investigación, es necesario informar sobre **lugar, condiciones y responsable** del almacenamiento. Además, **es necesario solicitar consentimiento** para dicho almacenamiento.*





## **Molestias, riesgos, efectos secundarios**

*Explicar posibles molestias, riesgos y/o efectos secundarios debidos a la recolección de datos o muestras biológicas. De existir, **establecer cómo y quién proporcionará los cuidados** y si fuera necesario, **pagará por la atención necesaria**.*

## **Resultados de la investigación y derechos**

Los resultados de esta investigación serán presentados en congresos y publicados en revistas científicas. Siempre se mantendrá el anonimato de los participantes. Ud. cuenta con el derecho a recibir o no la información, antes de hacer públicos los resultados. Si se presentaran datos inesperados, Ud. también tiene derecho o no a recibir dicha información.

*Recordar que si la persona fallece, no se deben utilizar sus datos.*

## **CONSENTIMIENTO**

### **Al firmar abajo reconozco que:**

- He leído este documento en su totalidad. Se me ha brindado la oportunidad de formular preguntas y conversar sobre los distintos aspectos del proyecto de Investigación.
- Estoy de acuerdo en proporcionar datos, donar una o más muestras de ..... y/o permitir utilizar datos sobre mi persona que puedan ser de ayuda a la investigación propuesta.





**Ministerio  
de Educación y Cultura**



- Me puedo retirar de la investigación en cualquier momento en que yo lo decida, sin tener que dar ninguna explicación y solicitar que mis datos o mis muestras sean destruidos.
- De forma libre y voluntaria otorgo mi consentimiento para participar en el presente proyecto.

**Nombre del participante:**

\_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

CI: \_\_\_\_\_

**Nombre de quien recoge el**

**consentimiento:** \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

CI: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

