

## CONSENTIMIENTO INFORMADO

**Título del Proyecto de Investigación**

---

**Nombre del responsable del Proyecto de Investigación y otros participantes**

---

**Departamento(s) o Laboratorio(s) donde se desarrollará el Proyecto**

---

**Institución(es) Participante(s)**

---

**Invitación, Descripción, Objetivos, Justificación y Beneficios de la Investigación**

Invitamos a Ud. a participar de este Proyecto de Investigación. El mismo tiene como objetivo

---

y consiste en \_\_\_\_\_

Los datos aquí obtenidos serán importantes para \_\_\_\_\_

**Aprobación por el Comité de Ética de investigación en seres humanos (CEIH) del IIBCE**

Este Proyecto de Investigación y el presente Consentimiento Informado cuentan con la aprobación del CEIH con fecha \_\_\_\_\_ N° de registro \_\_\_\_\_

**Participación voluntaria y no remunerada**

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. 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 y su utilización en la investigación del referido proyecto. 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 sólo 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 esta clave. Le proporcionamos el nombre de la persona responsable de dicho

procedimiento y custodio de dicha información \_\_\_\_\_ y la  
Institución donde se almacenarán dichos datos \_\_\_\_\_

### Obtención de datos, muestras biológicas

Le requeriremos que nos proporcione \_\_\_\_\_

*Aquí, explicar **tipo** de datos, **procedimientos** para su obtención. Explicar que serán usadas sólo para esta investigación y luego serán destruidos al finalizarla o a tantos años del final de la investigación.*

*Si se trata de muestras biológicas, describir paso a paso el **procedimiento**, **condiciones** de obtención, **número** y **volumen**, **quién** las tomará, **dónde** se tomarán, condiciones de su **traslado**, etc.*

### Almacenamiento de muestras biológicas a largo plazo

Las muestras serán almacenadas en \_\_\_\_\_

*Si el almacenamiento se realiza más allá del tiempo de la investigación, informar sobre **lugar**, **condiciones** y **responsable** de la custodia. Explicar que la información será guardada bajo clave y que tiene derecho a solicitar la destrucción de sus muestras en cualquier momento.*

*Solicitar un Consentimiento Informado para dicho almacenaje.*

### Molestias, riesgos, efectos secundarios

*Explicar en cada caso los posibles molestias, riesgos y efectos secundarios. De existir, establecer cómo y quién proporcionará los cuidados y si fuera necesario, pagará por la atención.*

### Resultados de la investigación y derechos

*Explicar que los resultados serán compartidos mediante publicaciones, en congresos, etc., siempre manteniendo el anonimato de los participantes. Antes de hacerlos públicos, se compartirán con los participantes, pero mencionar su derecho a recibir o no dicha información. Si se presentaran datos inesperados, explicar que también tiene derecho o no a recibir dicha información.*

*Si la persona fallece, no utilizar sus datos.*

### 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.
- Me puedo retirar del grupo de 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: \_\_\_\_\_

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