

UNIVERSIDAD DE CALIFORNIA IRVINE
CONSENTIMIENTO PARA ACTUAR COMO SUJETO HUMANO EN INVESTIGACIÓN -
FORMULARIO CORTO

Título del Estudio: _____

Nombre, Departamento y Número de Teléfono del Investigador Líder:

Se le está solicitando a usted que participe en un estudio de investigación. Debido a que el consentimiento informado completo no está traducido a un idioma que usted entienda, el formulario en inglés le será traducido verbalmente.

Antes de que usted dé su acuerdo para participar, el investigador le debe informar acerca de (i) los propósitos, procedimientos y duración de la investigación; (ii) cualquier procedimiento que sea experimental; (iii) cualquier riesgo, incomodidad y beneficios de la investigación razonablemente predecibles; (iv) cualquier procedimiento o tratamiento alternativo potencialmente beneficioso; y (v) cómo se mantendrá la confidencialidad.

Cuando corresponda, el investigador también le debe informar acerca de (i) cualquier compensación o tratamiento médico que esté disponible si ocurriera una lesión; (ii) la posibilidad de riesgos no predecibles; (iii) circunstancias bajo las cuales el investigador puede interrumpir su participación; (iv) cualquier costo adicional para usted; (v) qué ocurre si usted decide interrumpir su participación; (vi) cuándo se le informará a usted acerca de nuevos descubrimientos que pudieran afectar su voluntad de participar; y (vii) cuántas personas participarán en el estudio.

Si usted da su acuerdo para participar, debe recibir una copia firmada de este documento y una copia del consentimiento informado completo en inglés.

Usted se puede poner en contacto con _____ llamando al número de teléfono () _____ en cualquier momento que tenga preguntas acerca de la investigación. Usted se puede poner en contacto con el Comité de Revisión Institucional de la UCI llamando al 949-824-6068 o al 949-824-2125 o por correo electrónico dirigiéndose a IRB@research.uci.edu si usted tiene preguntas acerca de sus derechos como sujeto que participa en una investigación o acerca de qué hacer si usted sufre una lesión.

Su participación en esta investigación es voluntaria y a usted no se le penalizará ni perderá beneficio alguno si se niega a participar o decide interrumpir su participación. Su firma asentada en este documento significa que el estudio de investigación, incluyendo la información más arriba mencionada, se le han descrito verbalmente en un idioma que usted entiende, que usted ha tenido la oportunidad de hacer cualquier pregunta que haya tenido acerca del estudio y que voluntariamente da su acuerdo para participar.

NOMBRE DEL SUJETO

FIRMA DEL SUJETO

FECHA

NOMBRE DEL TESTIGO

FIRMA DEL TESTIGO

FECHA