



CONSENTIMIENTO A PARTICIPAR EN UN ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN

Se le está pidiendo que participe en un estudio de investigación. Su participación en este estudio es voluntario y usted tiene el derecho de no participar o puede retirar su participación en el estudio a cualquier tiempo. Si decide en no participar en este estudio o retira su consentimiento de participar en el estudio, su decisión no será penalizada ni perderá beneficios a los cuales se le han prometido. Antes de que decida si va a participar o no se le pide que lea la información que sigue, y haga preguntas de cualquier cosa que no entienda antes de firmar esta forma de consentimiento.

Titulo del estudio: {Inserte Titulo del Estudio aquí}

Investigador(es) Principal(es): {Nombre de investigador(es) principal(es), titulo}

Investigador(es) Estudiante(s): {Nombre de investigador(es) estudiante(s), titulo}

Patrocinador de la Facultad: {Nombre, titulo}

PROPÓSITO DE ESTE ESTUDIO

El propósito de este estudio es {Insertar descripción del objetivo del proyecto con detalles y explicación del estudio.}

PROCEDIMIENTOS

{Inserte una descripción, en lenguaje laico, de los procedimientos que se llevarán a cabo con suficiente detalle para permitir que el sujeto sepa exactamente qué va a suceder y qué se espera de su participación.}

DURACIÓN ESPERADA

El compromiso de tiempo anticipado total para el estudio será aproximadamente {Indique la duración esperada de la participación del sujeto.}

RIESGOS DE PARTICIPACIÓN



No hay riesgos anticipados asociados con la participación en este estudio. {o, según corresponda, vea abajo.}

{Muchos de los estudios realizados por los profesores y estudiantes de UHCL no implican riesgos físicos, sino la posibilidad de riesgos psicológicos y / o emocionales derivados de su participación. Los principios que se aplican a los estudios que involucran riesgos psicológicos o estrés mental son similares a aquellos que involucran riesgos físicos. Se debe informar a los participantes sobre cualquier riesgo o molestia previsible y se les debe proporcionar información de contacto de agencias profesionales (por ejemplo, una línea telefónica de emergencia) si se necesita algún tratamiento.}

BENEFICIOS AL PARTICIPANTE

No hay ningún beneficio directo de su participación en este estudio, pero su participación ayudará a los investigadores a comprender mejor {Insertar los resultados generales razonablemente esperados.}

CONFIDENCIALIDAD DE SU INFORMACIÓN

Se hará todo lo posible para mantener la confidencialidad de su información de su estudio. Los datos recopilados del estudio se utilizarán con fines educativos y de publicación, sin embargo, no se lo identificará por su nombre. Para fines de auditoría federal, la documentación del participante para este proyecto de investigación será mantenida y resguardada por el Investigador Principal {o} Patrocinador de la Facultad {elija solo uno} por un mínimo de tres años después de la finalización del estudio. Después de ese tiempo, la documentación del participante puede ser destruida.

COMPESACIÓN

No hay compensación monetaria por participar en este estudio. {Para investigaciones que implican más que un riesgo mínimo, una explicación de si hay alguna compensación y una



explicación de si hay tratamientos médicos disponibles si se produce una lesión y en qué consisten, o dónde se puede obtener más información.}

EL DERECHO DEL INVESTIGADOR A RETIRAR EL PARTICIPANTE

El investigador tiene derecho a retirarlo de este estudio en cualquier momento.

CONTACTO PARA PREGUNTAS O PROBLEMAS

El investigador se ha ofrecido para responder a todas sus preguntas. Si tiene preguntas adicionales durante el curso de este estudio sobre la investigación o cualquier problema relacionado, puede comunicarse con el Investigador Principal, {nombre y apellido}, Ph.D., en {xxx-xxx-xxxx} o por correo electrónico a {dirección de correo electrónico}.

{O, información del estudiante investigador}

Si tiene preguntas adicionales durante el curso de este estudio sobre la investigación o cualquier problema relacionado, puede comunicarse con el Estudiante, {nombre y apellido}, al número de teléfono {xxx-xxx-xxxx} o por correo electrónico a la dirección de correo electrónico}. El patrocinador de la facultad {nombre y apellido}, Ph.D., puede ser contactado en el número de teléfono {xxx-xxx-xxxx} o por correo electrónico en {dirección de correo electrónico}.

INFORMACIÓN PRIVADA IDENTIFICABLE {SI CORRESPONDE}

Los identificadores pueden ser eliminados de la información privada identificable o de las muestras biológicas identificables y de que, después de dicha eliminación, la información o las muestras biológicas se pueden usar para futuros estudios de investigación o se pueden distribuir a otro investigador para futuros estudios de investigación sin el consentimiento informado adicional del sujeto o del representante legal autorizado, si esto pudiera ser una posibilidad

O



La información o muestras biológicas recopiladas como parte de la investigación, incluso si se eliminan los identificadores, no se utilizarán ni distribuirán para estudios de investigación futuros.

Firmas:

Su firma a continuación reconoce su participación voluntaria en esta investigación. Dicha participación no exime a los investigadores, las instituciones, los patrocinadores o las agencias de concesión de su responsabilidad profesional y ética. Al firmar este formulario, no está renunciando a ninguno de sus derechos legales.

El propósito de este estudio, los procedimientos a seguir y la explicación de los riesgos o beneficios le han sido explicados. Se le ha permitido hacer preguntas y sus preguntas han sido respondidas a su satisfacción. Se le ha dicho con quién comunicarse si tiene preguntas adicionales. Usted ha leído este formulario de consentimiento y acepta voluntariamente participar como sujeto en este estudio. Usted es libre de retirar su consentimiento en cualquier momento al comunicarse con el Investigador Principal o el Investigador Estudiantil / Patrocinador de la Facultad. Se le entregará una copia del formulario de consentimiento que ha firmado.

Nombre del
Participante: _____

Firma del Participante: _____

Fecha: _____

Usando un lenguaje que es comprensible y apropiado, he discutido este Proyecto y los elementos mencionados anteriormente con el sujeto.

Nombre y título: _____

Firma de la persona que obtiene el
consentimiento: _____

Fecha: _____

LA COMITÉ DE REVISIÓN INSTITUCIONAL DE LA UNIVERSIDAD DE HOUSTON - CLEAR LAKE HA REVISADO Y APROBADO ESTE PROYECTO. CUALQUIER PREGUNTA RELATIVA A SUS DERECHOS COMO SUJETO DE ESTA INVESTIGACIÓN PUEDE SER DIRIGIDA A LA JUNTA DE REVISIÓN INSTITUCIONAL DE LA UNIVERSIDAD DE HOUSTON - CLEAR LAKE (281-283-3015).



Research and
Sponsored Programs
Academic Affairs

*TODOS LOS PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN QUE REALIZAN LOS INVESTIGADORES DE LA UHCL ESTÁN GOBERNADOS POR
LOS REQUISITOS DE LA UNIVERSIDAD Y EL GOBIERNO FEDERAL.*

(FEDERALWIDE ASSURANCE # FWA00004068)