

Consentimiento para participar en una investigación de The Ohio State University

Título del estudio:

Se le ha solicitado que participe en un estudio de investigación.

Antes de aceptar, el investigador le debe proporcionar la siguiente información sobre:

- por qué se realiza el estudio;
- qué sucederá en el estudio y por cuánto tiempo se le pedirá que participe en éste;
- todo procedimiento que sólo se realizará porque está en el estudio;
- los riesgos o molestias que puede experimentar por participar en el estudio;
- posibles beneficios para usted o los demás;
- otras opciones que tiene aparte de participar en el estudio;
- cómo se mantendrá la privacidad de la información que se obtenga de usted.

Dependiendo del estudio, el investigador también debe informarle sobre:

- todo pago o tratamiento médico que esté disponible si resulta perjudicado en el estudio;
- la posibilidad de que existan riesgos inesperados;
- cuándo el investigador puede suspender su participación en el estudio;
- qué sucede si decide dejar de participar en el estudio;
- cuándo se le dirá sobre cualquier nuevo hallazgo que pueda afectar su decisión de continuar participando en el estudio;
- cualquier costo adicional para usted;
- cuántas personas participarán en el estudio.

Puede decidir si desea participar en este estudio. Puede decidir no participar en este estudio. Si decide participar en el estudio, puede abandonarlo en cualquier momento. No importa la decisión que tome, no se le cobrarán multas. No perderá ninguno de sus beneficios habituales.

Si tiene alguna pregunta, duda o queja sobre el estudio, puede comunicarse con _____ llamando al _____.

Si tiene alguna pregunta sobre sus derechos como participante en este estudio, puede comunicarse con Sandra Meadows en la Oficina de Prácticas Responsables de Investigación (Office of Responsible Research Practices) llamando al 1-800-678-6251. Puede llamar a este número para analizar las dudas o quejas sobre el estudio con alguien que no forme parte del equipo de investigación.

Si resulta lesionado producto de su participación en el estudio, puede comunicarse con _____ llamando al _____.

Short Form
[Spanish]

IRB Protocol Number:
IRB Approval Date:
Version:

Al firmar este formulario, declara que se le explicó el estudio. Se le debe dar la oportunidad de hacer preguntas. Antes de decidir participar en el estudio, se le deben responder todas sus preguntas.

No renuncia a ninguno de sus derechos legales al firmar este formulario. Recibirá una copia firmada de este formulario. También recibirá un resumen por escrito del estudio.

_____ Nombre del sujeto en letra de imprenta	_____ Firma del sujeto
	_____ Fecha y hora
	a.m./p.m.
_____ Nombre del testigo en letra de imprenta	_____ Firma del testigo (obligatoria)
	_____ Fecha y hora
	a.m./p.m.