**ASENTIMIENTO (USAR LENGUAJE COLOQUIAL)**

La siguiente información se presentará para poder ayudarte a tomar la decisión de participar o no en esta investigación.

|  |
| --- |
| **Título de la Investigación:****Docente Guía de la investigación:** **Investigadores(as):** **Institución Patrocinante:** Universidad de Santiago de Chile |

Somos \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (estudiantes, investigadores(as)) de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (carrera, departamento). Estamos realizando un estudio para conocer acerca de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ y para ello queremos pedir tu colaboración.

**Declaración del (la) menor participante**:

Entiendo que mi participación en el estudio consistirá en \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ para conocer \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. También entiendo que mis respuestas podrán ser grabadas en forma de audio con el fin de posteriormente transcribir la información.

En caso de que el proyecto requiera registro visual o audiovisual de mis respuestas, debo autorizar específicamente esto, solo si lo deseo.

Toda la información que entregue será confidencial. Esto quiere decir que tanto mis respuestas como mis datos personales solo serán conocidas por las personas que forman parte del equipo de este estudio y quedarán a cargo de uno(a) de los (las) investigadores(as), cuyo nombre es \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, quien almacenará toda esta información en su computador personal, protegerá su uso y conservación y una vez finalizada la investigación eliminará todos mis datos.

Mi identidad también será confidencial, es decir, no se publicará mi nombre en el estudio, sino que será utilizado un código para ello.

Mi participación en el estudio es libre y voluntaria, es decir, aun cuando mis padres o cuidadores hayan dicho que puedo participar, si no quiero hacerlo puedo decir que no. Es mi decisión si participo o no.

Si en algún momento ya no quiero seguir participando o no quiero responder alguna pregunta, no habrá ningún problema y puedo retirarme del estudio sin tener consecuencias negativas para mí.

Se me ha informado que participar en esta investigación no implica ningún tipo de riesgo ni costo, así como tampoco beneficios para mí.

 (Sí/No) He Leído o se me ha leído la información del documento de Asentimiento. He tenido tiempo para hacer preguntas y se me ha contestado claramente cada una de ellas. No tengo ninguna duda sobre mi participación.

**Autorización:**

Si aceptas participar, debes poner un ticket **( ✓)** en el cuadrito de abajo que dice “Sí, quiero participar” y escribir tu nombre.

Si no quieres participar, no debes llenar el cuadrito**,** ni escribir tu nombre.

 Sí, quiero participar

Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

A continuación, deberás marcar con una X el cuadrado que voluntariamente desees, respecto de si quieres que te graben o fotografíen durante tu participación en el proyecto:

|  |  |
| --- | --- |
| **Autorizo a que me registren mediante fotografía y/o video durante el proyecto** Sí \_\_\_\_\_\_\_ | **No autorizo que me registren mediante fotografía y/o video durante el proyecto**No \_\_\_\_\_\_\_  |

**Contactos**

En caso de tener alguna duda puedes comunicarte con \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

En caso de estimar que tus derechos han sido vulnerados tanto durante como después de realizada la investigación, puedes contactarte con el Comité de Ética Institucional, que es la entidad que examina los proyectos y que te puede ayudar en la información y protección de tus derechos.

|  |  |
| --- | --- |
| **Investigador Responsable**Nombre:  | **Datos Comité de Ética Institucional**Dr. Jairo Vanegas LópezCorreo electrónico: comitedeetica@usach.cl  |

El presente Asentimiento se firma en dos ejemplares. Uno de los documentos queda en poder del (la) investigador(a) y el otro en poder del(a) participante.

Para formalizar mi participación en este estudio, firmo a continuación:

|  |  |
| --- | --- |
| **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****INVESTIGADOR(A) RESPONSABLE** | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****NOMBRE DEL(LA) PARTICIPANTE** |
| **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****FIRMA** | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****FIRMA** |

|  |
| --- |
|  |
|  |

Ciudad, \_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_