**CONSENTIMIENTO INFORMADO**

**PADRES O TUTORES**

1. **Descripción de la Investigación**

El propósito de la información que se presenta a continuación es ayudarle a tomar la decisión de que su hijo(a), pupila(o) participe o no en esta investigación.

|  |
| --- |
| **Título de la Investigación:**  **Investigador(a) Responsable:**  **Investigadores(as) Co-Responsables:**  **Colaboradores(as):**  **Institución Patrocinante:** |

**Propósito de la Investigación**:

(**PONER EL PROPÓSITO DEL ESTUDIO Y PERIODICIDAD, EN LENGUAJE COMPRENSIBLE Y CORTO, NO ES NECESARIO COPIAR EL PROYECTO**)

1. **Mis Derechos de Participación**
   * + 1. La **participación de mi hijo(a) o pupilo(a) es totalmente** **libre y voluntaria**, por lo que puedo negarme a que participe sin que esto implique ninguna desventaja o consecuencia.   
          Entiendo que la **participación** de mi hijo(a) consistirá en ser \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (entrevistado, estudiado, observado sistemáticamente, etc) a partir de una pauta de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (preguntas tipo, seguimiento).
       2. Mi hijo(a) o pupilo(a) posee el **derecho de retirarse** de la investigación en el momento que lo desee, sin expresión de causa y sin que el retiro implique sanciones, responsabilidades o consecuencias negativas.

En caso que mi hijo(a) o pupilo(a) decida retirarse en cualquier etapa de la investigación, sus datos, respuestas y transcripciones serán eliminadas y no tendrán validez.

* + - 1. **Riesgos eventuales:** La metodología que se utilizará en la investigación \_\_\_\_\_ (sí/no) implica riesgospara su hijo(a) o pupilo(a). En caso de que existan riesgos, estos podrían ser: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. El(la) investigador(a) se compromete a minimizar los eventuales riesgos.

Esta investigación \_\_\_\_\_ (sí/no) implica beneficios para los(as) participantes. (*En caso de existir beneficios, detallar*).

* + - 1. En caso de **Molestias** que se relacione con algún problema o complicación médica que creo que puede estar relacionada con la participación de mi hijo(a) o pupilo(a) en esta investigación, me comunicaré directamente con el(la) investigador(a) principal, el(la) cual procurará un tratamiento médico adecuado y sin costo.
      2. No existe ningún tipo de **Costos** asociados a la investigación para mi hijo(a) o pupilo(a).
      3. **Derecho al resguardo de la identidad de los(as) niños(as), de la información compartida y de sus datos personales.**
* **Anonimato de los(as) niños(as):** El(la) participante no será identificado en los resultados de la investigación ni en cualquier acción que derive de ella.
* **Confidencialidad de los(as) niños(as):** Al participar en esta investigación, todos los datos aportados o recabados serán confidenciales y deberán mantenerse en estricta reserva por parte de las personas vinculadas al estudio.
* **Derecho a la imagen de los(as) niños(as):** En el caso que el proyecto amerite el registro visual o audiovisual de la participación de su hijo(a) o pupilo(a) en él, tendrá derecho a consentir o disentir independiente y específicamente que esto suceda.
  + - 1. **Custodio de los Datos:** El(la) investigador(a) responsable guardará la información personal relacionada al estudio por 5 años una vez terminada la investigación. Posterior a este periodo se destruirá toda documentación física y/o digital que se relacione con su identidad.
      2. **Resultados de la investigación**:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Sí o No) deseo obtener una síntesis de los **resultados** de la investigación. Dichos resultados serán enviados a la **dirección electrónica** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

He Leído (o se me ha leído) la información del documento de consentimiento. He tenido tiempo para hacer preguntas y se me ha contestado claramente. No tengo ninguna duda sobre la participación de mi hijo(a) pupilo (a).

Consiento voluntariamente la participación de mi hijo(a) o pupilo (a). Por lo que sus derechos de participación en el estudio y la confidencialidad de su información, están asegurados por el(la) **Investigador(a) Responsable** y por el **Comité de Ética Institucional** de la Universidad de Santiago de Chile.

1. **Contactos**
2. **Consultas al (la) Investigador(a):** En caso de tener alguna duda en relación al consentimiento, favor comuníquese con el (la) investigador(a) responsable, con copia a un(a) co-investigador(a) para agilizar el procedimiento.
3. **Reclamación:** En caso de estimar que sus derechos hayan sido vulnerados tanto durante como después de realizada la investigación, puede contactarse con el Comité de Ética, el cual examina los proyectos de acuerdo a regulaciones nacionales e internacionales de carácter ético.

|  |  |
| --- | --- |
| **Investigador(a) Responsable**  Nombre:  Email:  Teléfono: | **Datos Comité de Ética Institucional**  **Dr. Jairo Vanegas López**  Fono: (56-2) 27180294 / (56-2) 27180293  Correo electrónico: [comitedeetica@usach.cl](mailto:comitedeetica@usach.cl) |

1. **Autorización**

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

He leído este documento y he sido informado(a) del objetivo y características de este estudio. Para formalizar mi participación en este estudio, firmo voluntariamente, consintiendo la participación de mi hijo(a) o pupilo(a) en él, en conformidad con los siguientes términos:

|  |  |
| --- | --- |
| ACEPTO QUE ESTA ENTREVISTA/ESTUDIO SEA GRABADA EN FORMATO AUDIO \_\_\_\_\_\_\_    ACEPTO QUE LA PARTICIPACIÓN DE MI HIJO(A) O PUPILO(A) SEA REGISTRADA MENDIANTE FOTOGRAFÍAS O VIDEOS \_\_\_\_\_\_\_ | NO ACEPTO QUE ESTA ENTREVISTA/ESTUDIO SEA GRABADA EN FORMATO AUDIO \_\_\_\_\_\_\_  NO ACEPTO QUE MI PARTICIPACIÓN DE MI HIJO(A) O PUPILO(A) SEA REGISTRADA MENDIANTE FOTOGRAFÍAS O VIDEOS \_\_\_\_\_\_\_ |
| DESEO QUE LOS(AS) INVESTIGADORES(AS) ME ENVÍEN LOS RESULTADOS GENERALES DEL ESTUDIO: SI \_\_\_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_\_\_ |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **ADULTO RESPONSABLE** | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **INVESTIGADOR RESPONSABLE** |
| **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **FIRMA** | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **FIRMA** |

<Ciudad> \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, <Día> \_\_\_\_\_\_ de <mes> de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de <año> \_\_\_\_