**FACSÍMIL DE CONSENTIMIENTO INFORMADO**

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA**

**ENCUESTA O ENTREVISTA**

**Información acerca del estudio**

Mi nombre es …………………………………………

Pertenezco a …………………………………………...

Mi investigación se titula: ………………………………….

ANID/FONDECYT REGULAR Nº……………………….

Coinvestigadores/as:

**Participación**

Por medio del presente comunicado (puede ser carta), usted ha sido invitado a participar en la investigación…………………………………………

Esta investigación busca (se caracteriza por o tiene como propósito) ………………………

Que tiene como objetivos………………………………

Su participación consistirá en………………………….

El estudio se realizará (describir la forma en que se realizará la participación) …………

Responder la encuesta (cuestionario o entrevista) le tomará aproximadamente ……………minutos.

Usted participará de la investigación de manera libre y voluntaria y podrá abandonarla cuando lo estime conveniente y por las razones que le parezca, sin necesidad de justificar su decisión y sin consecuencia alguna. También podrá contestar parte de las preguntas o cambiar de opinión si lo desea.

**Riesgos**

(Se describen los potenciales riesgos o su ausencia de su participación)

 …………………………………………..

**Beneficios**

(Se enumeran los beneficios, que pueden ser de carácter social, científicos, institucionales, etc.)

………………………………………………………………….

**Compensaciones**

(Se diferencian de los anteriores porque se traduce en una gratificación directa para el participante, que puede ser en dinero o especies)

**Manejo de la información**

La información levantada en este estudio será de carácter confidencial, asegurando (o no) el anonimato de los participantes de acuerdo con la ley 19.628 de 1999, sobre protección de la

vida privada o protección de datos de carácter personal. No se dará a conocer su fuente, salvo que sea exigido por la justicia.

Tendrán acceso a la información…………………………………………

La información será guardada en…………………………………………

Durante el tiempo de………………………………………………………

La información será usada con los fines de ………………………………

Los resultados serán presentados en ………………………………………

Usted tendrá derecho a conocer los resultados bajo el siguiente procedimiento….

Si usted tiene dudas o consultas, por favor, dirigirse al Investigador Responsable,

Sr……………………….

De………………………

Correo………………….

Teléfono……………….

Dirección………………

**Si considera que sus derechos no han sido respetados en esta investigación puede dirigirse al Comité de Ética de la Investigación que aprobó este estudio:**

Comité de Ética de la Investigación en Ciencias Sociales y Humanidades, cuyo presidente es ………………………………………………………..

comitedeetica@uchile.cl.

Av. Ignacio Carrera Pinto 1025, piso 3, oficina CEDEA – Ñuñoa, Santiago

+56 2 2978 7121 o +56 2 2978 7026

**HOJA DE FIRMAS DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Yo………………………………………………………………………. declaro,

* Haber sido informada/o de manera clara sobre el propósito del presente proyecto y he entendido los compromisos que me involucran.
* haber tenido la posibilidad de hacer preguntas y/o discutir el objetivo general del proyecto.
* haber obtenido respuestas claras por parte del o la investigador/a y haber recibido sus datos para contactarlo si necesitara hacerlo.
* haber entendido que mi participación es voluntaria y que puedo abandonar el estudio en cualquier momento.
* que he recibo una copia del presente consentimiento informado.
* mi firma significa que entiendo mis derechos como participante y que acepto libremente participar en este estudio.

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

Firma Participante: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma investigador/a: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Firmas en duplicado: una copia para el o la participante y otra para el/la investigador/a)