**Carta de consentimiento informado \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

A través de este consentimiento se manifiesta que:

Se le está invitando a participar en el proyecto de investigación **(inserte “Título”)** que tiene como objetivo **(inserte Objetivo General)**. **(Explicar brevemente, sin tecnicismos y con un lenguaje muy sencillo de qué se trata el proyecto)**.

Su participación consiste en **(Explicar condiciones en las se deben presentar los participantes, especificar criterios de inclusión y exclusión y en algún caso específico, de necesidad de aplicar retiro prematuro de participantes, qué es lo que procede para finiquitar la relación, cuántas sesiones serán, cómo se tomarán muestras en caso de que aplique, en caso de ser cuestionarios o entrevistas dar un estimado del tiempo que deben permanecer en el lugar, apoyo psicosocial y/o supervisión médica en caso de que aplique, criterios de suspensión o terminación de la investigación, etc.)**.

Los riesgos que se pueden derivar de los procedimientos son (**Explicar cuáles son los riesgos que pueden derivar de los procedimientos)** sin embargo, se contará con… **(describir el plan que tienen para resolver contingencias y/o indemnización en caso de que aplique).**

El estudio presenta los siguientes beneficios **(Indicar los beneficios directos o indirectos del estudio para el participante y/o la sociedad)**, y los investigadores se comprometen a **(entregar y explicar a los participantes la información actualizada obtenida del estudio)** sin que signifique gasto alguno.

Se me ha explicado que mi participación es voluntaria y que puedo abandonar el estudio en el momento que lo desee sin que esto afecte mi relación con **(las Dependencias, Instituciones u Organizaciones involucradas).** Se me ha garantizado que **(Explicar cómo van a garantizar la confidencialidad y privacidad del participante al publicar o hacer uso de los resultados, así como los derechos de los sujetos a solicitar la destrucción o el anonimato de las muestras biológicas, registros o partes de registros que pudieran considerarse particularmente delicados, como fotografías, cintas de video o de audio, en cuanto a la ley de Transparencia y protección de datos personales de sujetos obligados).**

Declaro que todo lo que se ha mencionado en este documento me fue explicado verbalmente.

Con fecha \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ y, habiendo comprendido lo anterior y una vez que se me aclararon todas las dudas que surgieron con respecto a mi participación, **(en caso de menores de edad, redactar en relación a “mi hijo(a) y/o tutorado legal”)**, acepto participar en el estudio antes mencionado.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre, firma y/o huella digital del/la participante o responsable legal

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre y firma del testigo 1

Dirección

Relación que guarda con el participante: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nota: En participantes menores de edad, menores de 8 años firma el padre o tutor legal. En edades de 8-17 años, se requiere el asentimiento y firma del/la menor de edad. Sustantivamente la misma información, en un lenguaje acorde a las edades de quienes participarán en la investigación.

**NOTA DISPENSA DE CONSENTIMIENTO:** En caso de no requerir el consentimiento fundamentar el hecho ya que puede ser un estudio por observación, retrospectivo o sin riesgo.

Este documento se extiende por duplicado, quedando un ejemplar en poder del sujeto de investigación o de su representante legal y el otro en poder del investigador. Queda entendido que este documento estará disponible para su consulta y deberá ser conservado por el investigador responsable durante un mínimo de 5 años (NOM-004-SSA3-2012).

Para preguntas o comentarios comunicarse con el/la Dr./Dra. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Responsable del Proyecto, al teléfono \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ y al correo electrónico \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Añadir la redacción siguiente.

En caso de sentir vulnerados sus derechos, puede comunicarse con la Dra. Gwendolyne Peraza Mercado y/o Dra. Fany Thelma Solís Rodríguez, Presidente y Secretaria del Comité de Ética en la Investigación de la UACJ, a los correos gperaza@uacj.mx y fany.solis@uacj.mx