|  |  |
| --- | --- |
| Título del estudio: | |
| Nombre Investigador/a Responsable: | |
| Unidad/Departamento/Servicio: | |
| Centro: | |
| Teléfono investigador/a: | |
| Correo electrónico investigador/a: | |
| Patrocinador (si fuere el caso): | |
| |  **Consentimiento Informado Versión N°** | **Fecha: 00/00/0000** |

**A. Información al paciente**

**1. Invitación**

Le invitamos a usted *(o su representado/a)* a participar de una encuesta que le tomará *xxx* minutos de su tiempo, la cual forma parte del estudio señalado en el título de este documento. Específicamente el tema a tratar en la encuesta es *xxx.* La información obtenida será utilizada para *xxx*.

Por favor responda personalmente las preguntas de las páginas siguientes.

No hay respuestas correctas o incorrectas sólo responda como usted piensa o siente.

Si alguna pregunta le hace sentir incómodo o incómoda puede no responderla si así lo prefiere. Aunque lo ideal es tratar de dar toda la información solicitada en beneficio de los objetivos del estudio.

**2. Razones de la invitación**

Se le invita a responder esta encuesta porque *(explicar las razones a fin de que el/a participante entienda por qué ha sido seleccionado para responder la encuesta).*

**3. Objetivo del estudio**

El objetivo de este estudio es *(explicar en palabras simples comprensibles para el participante).*

**4. Confidencialidad**

Se garantiza confidencialidad de la información proporcionada por usted.

*(Puede darse las siguientes alternativas -u otra-, se debe señalar la que corresponda:*

*-la encuesta lleva la identidad del/a participante y los datos irán a una base de datos confidenciales.*

*-los datos serán anonimizados y no hay ningún identificador directo que conecte las respuestas con la persona.*

*-la encuesta no lleva nombre ni otro signo que pueda revelar la identidad del/a participante)*.

Sólo tendrán acceso a los datos los miembros del equipo investigador autorizados por el Comité Ético Científico de Clínica Santa María y la información obtenida será utilizada exclusivamente para los objetivos del estudio.

**5. Beneficios posibles para los sujetos participantes**

*Indicar los beneficios directos, reales o potenciales que podrá obtener el participante, así como beneficios a terceros (futuros pacientes, progreso de la medicina, bien común u otro).*

**6. Riesgos posibles para los sujetos participantes del estudio**

- *Explicitar si existen riesgos, aunque sean mínimo y los resguardos que el investigador ha previsto para enfrentarlos en caso de su existencia. - Si no hay riesgos, indicar: “Esta encuesta no tiene riesgos para usted”.*

**7. Voluntariedad y revocación del consentimiento**

Su participación en esta encuesta es completamente voluntaria. Usted tiene el derecho a no aceptar participar o revocar su consentimiento en el momento que lo estime conveniente. Al hacerlo, usted no pierde ningún derecho que se le entrega como paciente y no se verá afectada la calidad de la atención médica requerida.

**9. Publicación científica y confidencialidad**

Es posible que los datos y resultados derivados de esta encuesta puedan ser publicados en revistas y conferencias médicas, si esto ocurre, y en conformidad en lo establecido en las leyes 20.584, 20.120 y 19.628, sus datos clínicos serán anonimizados a fin de que usted no pueda ser identificado(a).

**10. Costos**

*Si hubiera algún gasto, explicitar quién asumirá ese costo y el valor implicado*

**11. Compensaciones**

*-Señalar que el participante no recibirá dinero por concepto de pago de participación en la encuesta.*

**12. Derechos del paciente**

Cualquier pregunta que usted desee hacer en relación a su participación en esta encuesta, será respondida por el/a Investigador/a Responsable cuyos datos de contacto se encuentran al inicio de este documento. Cualquier pregunta que usted desee hacer en relación a sus derechos como participante del presente estudio de investigación puede comunicarse con el Presidente del Comité Ético Científico de Clínica Santa María Dr. Agustín Espejo García, [comite.eticocientifico@clinicasantamaria.cl](mailto:comite.eticocientifico@clinicasantamaria.cl) – tel 229132847.

**B. Consentimiento informado - Hoja de firmas**

**Al firmar el presente documento, declaro que se me ha explicado y he comprendido el propósito de esta encuesta y firmo este documento voluntariamente sin ser forzado(a) a hacerlo.**

**Los espacios que siguen van escritos de puño y letra por los firmantes**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Nombre del paciente | RUT | Firma | Fecha | Hora |
| ………………………………………  Nombre del representante o testigo  (si fuese pertinente)  …………………………………………  **relación con el paciente** | RUT | Firma | Fecha | Hora |
| Nombre del profesional autorizado que explica el Consentimiento Informado | RUT | Firma | Fecha | Hora |
| Nombre del Investigador Responsable | RUT | Firma | Fecha | Hora |
| Nombre director de la institución o delegado | RUT | Firma | Fecha | Hora |

**Este documento sólo es válido si cuenta con la autorización y timbre del Comité Ético Científico de Clínica Santa María.**