**Paciente N° \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/**

**Modelo Consentimiento Informado estudio observacional**

Título del estudio:

Nombre Investigador Responsable:

Unidad/Departamento/Servicio:

Teléfono:

Correo electrónico:

Estudio patrocinado por (si fuese el caso):

**A. Hoja de información al paciente**

**1. Invitación**

El propósito de esta información es ayudarlo(a) a tomar la decisión de participar -o no- en un estudio de investigación médica.

Tome el tiempo que requiera para decidir, lea cuidadosamente este documento y haga las preguntas que desee al investigador responsable del estudio.

**2. Razones de la invitación**

Usted es invitado a participar en este estudio porque *(explicar el criterio de reclutamiento, a fin de que el eventual participante entienda por qué ha sido seleccionado para el estudio).*

**3. Objetivo del estudio**

El objetivo de este estudio es *(explicar en palabras simples).*

**4. Procedimientos de la investigación**

***-*** *Descripción de los procedimientos a seguir en el estudio.*

***-*** *Diferenciar claramente aquellos procedimientos que son requeridos por la investigación de aquellos que corresponden al cuidado clínico habitual (diferenciando los riesgos inherentes a cada uno de ellos).*

***-*** *Indicar procedimientos alternativos o tratamientos existentes y disponibles para el sujeto si los hay, sus riesgos y beneficios potenciales relevantes.*

***-*** *Si se obtiene información médica relevante de la investigación, indicar que los resultados obtenidos serán informados a su médico tratante, el que le indicará el curso de acción médico más adecuado*.

 **Paciente N° \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/**

**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).*

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

- *Explicitar si existen riesgos, aunque sean mínimos, y los resguardos que el investigador ha previsto para enfrentarlos en caso de su existencia.*

*- Si no hay riesgos, indicar: “Esta investigación médica no tiene riesgos para usted”.*

**7. Voluntariedad y revocación del consentimiento**

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

**8. Confidencialidad**

Toda la información derivada de esta investigación será mantenida en estricta confidencialidad. Sólo tendrán acceso a ella los miembros del equipo investigador autorizados por el Comité Ético Científico de Clínica Santa María y será utilizada exclusivamente para el desarrollo de los objetivos del estudio.

**9. Publicación científica y confidencialidad**

Es posible que los datos y resultados derivados de este estudio 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. Señalar que el participante no recibirá dinero por concepto de pago de participación en el estudio, aunque podría asumirse el valor de transporte y/o colación si las personas tuviesen que permanecer tiempo prolongado para el estudio.*

**11. Compensaciones**

*- Señalar quién pagará los eventuales daños derivados directamente de la investigación que el participante pudiera sufrir por participar en el protocolo.*

 **Paciente N° \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/**

*- Explicitar que habrá o no compensaciones por complicaciones inherentes a la condición clínica del sujeto.*

*- El pago es a todo evento y no contingente al uso o existencia de seguro de salud del sujeto.*

*- Se debe incluir información de la existencia de un seguro específico cuando corresponda.*

**12. Derechos del paciente**

Cualquier pregunta que usted desee hacer con relación a su participación en este estudio será respondida por el Investigador Responsable, cuyos datos de contacto se encuentran al inicio de este documento.

También podrá resolver sus dudas comunicándose con el Presidente del Comité Ético Científico de Clínica Santa María:

Dr. Agustín Espejo García

Teléfono: 2 2913 2847

Correo electrónico: comite.etica@clinicasantamaria.cl

 **Paciente N° \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/**

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

**Al firmar el presente documento, declaro que:**

1. Se me ha explicado el propósito de esta investigación médica, los procedimientos y riesgos, además de los beneficios y derechos que corresponden.
2. Firmo este documento voluntariamente, sin ser forzado(a) a hacerlo.
3. No estoy renunciando a ningún derecho que me corresponda.
4. Se me comunicará toda nueva información relacionada con este estudio médico y que surja durante éste y que pueda afectar de forma directa para mi condición de salud.
5. Se me ha explicado que tengo derecho a revocar mi consentimiento para participar en este estudio cuando lo desee, sin que ello genere para mí pérdida de ninguna especie.
6. *Si fuere necesario acceder y usar los datos de la ficha clínica, incluir el siguiente párrafo:*

Yo autorizo al Investigador Responsable y sus colaboradores a acceder y usar los datos contenidos en mi ficha clínica anonimizados para los propósitos de esta investigación médica.

1. Al momento de la firma, se me entrega una copia firmada de este documento.

*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 necesario) | RUT | Firma | Fecha | Hora |
|  |  |  |  |  |
| Nombre del investigador | 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.**