

**Short Form – Spanish (dd/mm/yy)**

*(This form should be accompanied by the Experimental Subject's Bill of Rights and the IRB approved consent document)*

**Documento abreviado – Español (día/mes/año)**

*(Este documento abreviado debe estar acompañado por la Declaración de derechos de los Sujetos a Experimentos y el documento de Consentimiento Informado aprobado por la Junta Revisora Institucional)*

**Consentimiento para participar en un estudio de investigación**

Nombre del Sujeto: \_\_\_\_\_ Número de estudio (IRB): \_\_\_\_\_

Número del registro médico / Número de identificación del sujeto: \_\_\_\_\_

A Ud. (o a su hijo o hija) se le ha pedido que participe en un estudio de investigación. Por medio de un estudio de investigación es el modo que tienen los científicos (doctores, enfermeras y otros profesionales) de tratar de comprender cómo suceden las cosas y de ese modo obtener nuevos conocimientos. Un estudio de investigación puede hacerse sobre cómo funciona el cuerpo, qué causa las enfermedades, cómo tratar las enfermedades, o concerniente a lo que las personas piensan y sienten sobre ciertas cosas.

Antes de que decida si Ud. (o su hijo o hija) quiere participar en este estudio de investigación, el investigador debe informarle sobre (i) los propósitos del estudio de investigación, las actividades que tomarán lugar – a estos se les llama «procedimientos», y por cuanto tiempo dura la investigación; (ii) todo procedimiento experimental (que se esté ensayando); (iii) los posibles riesgos, molestias y beneficios de la investigación; (iv) cualquier otro procedimiento o tratamiento potencialmente útil; y (v) cómo se mantendrá su privacidad.

Cuando corresponda, el investigador también debe informarle (i) si hay pagos disponibles o tratamiento médico si se sucediera una lesión o daño; (ii) la posibilidad de riesgos desconocidos; (iii) situaciones en las cuales el investigador pueda detener su participación; (iv) los costos extras que pueda tener; (v) lo que sucede si decide dejar de participar; y (vi) cuando se le informarán los nuevos descubrimientos que puedan afectar su deseo de participar; y (vii) cuántas personas participarán en el estudio.

Si accede a participar debe dársele una copia firmada de este documento y una copia del documento de consentimiento aprobado para este estudio escrito en inglés.

Puede ponerse en contacto con \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ en cualquier momento que tenga preguntas sobre la investigación o sobre lo que debe hacer en caso de que se lesione. Puede ponerse en contacto con la Junta Revisora Institucional al 323-223-2340 si tiene alguna pregunta sobre sus derechos como sujeto de investigación.

Su participación en este estudio es voluntaria (Ud. lo ha elegido) y no será sancionado ni perderá beneficios si rehúsa participar o decide terminar.

Al firmar este documento Ud. indica que el estudio de investigación, incluyendo la información precedente, le ha sido descrito oralmente y que voluntariamente accede a participar.

\_\_\_\_\_  
Firma del participante

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del representante legalmente autorizado

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre impreso del testigo

\_\_\_\_\_  
Firma del testigo

\_\_\_\_\_  
Fecha