**CONSENTIMIENTO PARA PARTICIPAR EN INVESTIGACIÓN**

Como usted entiende español mejor que inglés, este formulario en español describe sus derechos básicos como sujeto de investigación. Un intérprete ayudará al médico a explicarle el proyecto.

Se le solicita que participe en un proyecto de investigación. Antes de que acepte, el investigador resumirá el proyecto de investigación para usted. El resumen incluirá la información clave para ayudarlo a entender los motivos por los que podría desear o no participar en la investigación.

El investigador debe informarle lo siguiente: (i) los objetivos, los procedimientos y la duración de la investigación; (ii) todos los procedimientos que sean experimentales; (iii) todos los riesgos, molestias y beneficios razonablemente previsibles de la investigación; (iv) todos los procedimientos o tratamientos alternativos potencialmente beneficiosos; y (v) cómo se mantendrá la confidencialidad.

Cuando corresponda, el investigador también deberá informarle lo siguiente: (i) toda compensación o tratamiento médico disponibles si se produce una lesión; (ii) la posibilidad de que haya riesgos imprevisibles; (iii) las circunstancias en las que el investigador podría tener que decidir que usted suspendiera su participación; (iv) cualesquier costos adicionales para usted; (v) lo que sucederá si usted decide dejar de participar; (vi) cuándo se le informará lo que se descubra en la investigación que pueda afectar su voluntad de participar y (vii) cuántas personas habrá en el estudio.

Si acepta participar, le deberán entregar una copia firmada de este documento y un resumen escrito de la investigación en inglés, intitulada *Consent to participate in research* (Consentimiento para participar en investigación).

Puede comunicarse con \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al número de teléfono \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ en cualquier momento si tiene preguntas sobre la investigación.

Puede comunicarse con el defensor de los derechos de los sujetos de investigación del Medical College (Medical College Research Subject Advocate) al teléfono 414-955-8844 si tiene preguntas sobre sus derechos como sujeto de investigación o sobre qué hacer si sufre lesiones.

Su participación en esta investigación es voluntaria y no será sancionado ni perderá beneficios si se rehúsa a participar o si decide dejar de hacerlo.

Su firma en este documento significará que el estudio de investigación, incluida la información anterior, le ha sido descrito oralmente y que usted acepta participar voluntariamente.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| **Nombre del sujeto** *en letra de molde*  | **Firma del sujeto** | **Fecha**  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| **Nombre del testigo**[ ]  Participé en el proceso de consentimiento.[ ]  Confirmo que a este paciente se le entregó información oralmente y por escrito sobre el proyecto y que acepta participar.[ ]  Soy un testigo independiente de este proyecto. | **Firma del testigo** | **Fecha** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| **Nombre del intérprete** | **Firma del intérprete** | **Fecha** |