

MODELO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO GENÉRICO

INSTITUCIÓN DONDE RADICARÁ LA INVESTIGACIÓN:

ORGANISMO FINANCIADOR:

INVESTIGADOR/A RESPONSABLE:

DATOS DE CONTACTO (correo electrónico, teléfono):

TÍTULO DEL PROYECTO:

FECHA DE PRESENTACIÓN DE ESTE FORMULARIO:

INFORMACIÓN PARA EL PARTICIPANTE

1. PROPÓSITO DE LA INVESTIGACIÓN

Se le invita a participar en un estudio de investigación cuyo objetivo es:

2. PROCEDIMIENTOS

Su participación consiste en: _____

- Duración estimada: _____
- Actividades específicas: _____
- Lugar: _____
- Frecuencia: _____

2.1. CONSIDERACIONES ESPECIALES PARA LA INVESTIGACIÓN

Grabaciones de audio/video:

No se realizarán grabaciones Se realizarán grabaciones de:

Las grabaciones serán utilizadas únicamente para: _____

Serán destruidas después de: _____ años

Puede solicitar que se detenga la grabación en cualquier momento.

3. RIESGOS Y MOLESTIAS

Esta investigación puede implicar los siguientes tipos de riesgos (señale los riesgos a los que se ven expuestas las personas participantes. Mencione su magnitud y frecuencia esperable).

Si experimenta malestar durante su participación, puede:

- Pausar o detener la actividad en cualquier momento
- Solicitar apoyo del investigador
- Contactar los recursos de apoyo disponibles: _____

4. BENEFICIOS

Esta investigación puede implicar los siguientes beneficios (señale los beneficios para las personas participantes, la sociedad, etc.)

5. CONFIDENCIALIDAD Y PRIVACIDAD

- Toda la información obtenida será tratada con la máxima confidencialidad y de acuerdo con lo establecido en las leyes y regulaciones vigentes en Argentina, incluyendo la Ley de Protección de Datos Personales (Ley 25.326/00).
- Toda información será tratada confidencialmente y respetando su dignidad como persona.
- Los datos y citas textuales serán anonimizados (no se podrá identificar quién dio cada respuesta).

Se podrán utilizar citas textuales de sus respuestas, de forma anónima o identificada, según usted lo elija a continuación:

- Prefiero que se mantenga mi anonimato
- Acepto que se mencione mi nombre junto a mis palabras
- Me reservo la decisión según el uso específico que se le dé a mi testimonio. En ese caso, seré consultado/a previamente.

- Solo el equipo de investigación tendrá acceso a los datos sin anonimizar.
- Los resultados se publicarán de forma agregada sin identificar participantes, excepto que usted consienta ser explícitamente nombrado. Usted podrá solicitar que se omita cualquier cita con la que no se sienta cómodo/a antes de su publicación.
- Período de conservación de datos sin anonimizar: _____ años.

6. PARTICIPACIÓN VOLUNTARIA

- Su participación es completamente voluntaria.
- Puede retirarse en cualquier momento sin penalización.
- Si quiere dejar de participar, puede pedir que toda la información recabada sea eliminada.
- Puede negarse a responder preguntas específicas.
- Su decisión no afectará relaciones futuras con la institución.

7. COMPENSACIÓN

No hay compensación económica. Se proporcionará compensación por:

8. CONTACTOS

Investigador/a responsable: Nombre: _____ Tel:

Email: _____

Comité de Ética: Email: _____

CONSENTIMIENTO INFORMADO

(Nombre y apellido) con numerosos de documento de identidad..... acuerdo en participar de la investigación de referencia, entendiendo que puedo revocar este consentimiento si así lo deseara.

Manifiesto que he sido informado/a de mi participación en la investigación titulada: dirigida por.....

- He recibido suficiente información sobre la investigación y la he comprendido.
- He sido informado/o sobre el consentimiento informado y las leyes o regulaciones que lo rigen.
- Comprendo que mi participación es voluntaria.
- Comprendo que puedo retirarme de la investigación y revocar este consentimiento mediante aviso por correo electrónico el mismo que se utiliza para consulta o dudas, sin consecuencias.
- He sido también informado/a que mis datos personales serán protegidos según las legislaciones vigentes y sometidos a las garantías establecidas y que mis datos nunca serán transmitidos a terceras personas o instituciones.

En congruencia, con la suscripción del presente consentimiento, AUTORIZO / NO AUTORIZO a captar y/o reproducir mi voz, sin que ello implique afectación en modo alguno de mi participación en la investigación.

Teniendo ello en consideración, OTORGO / NO OTORGO mi CONSENTIMIENTO para participar en esta investigación.

ACEPTO PARTICIPAR EN ESTA INVESTIGACIÓN

Nombre del participante: _____

Firma: _____ Fecha: _____

Nombre del investigador: _____

Firma: _____ Fecha: _____