



# INSTITUTO NACIONAL DE SALUD PÚBLICA

## CARTA DE CONSENTIMIENTO ADULTOS

(Grupo de participantes al que se dirige)

**Título de proyecto: XXXXX**

Estimado(a) Señor/Señora:

### **Introducción/Objetivo:**

El Instituto Nacional de Salud Pública está realizando un proyecto de investigación (EN COLABORACIÓN CON ...). El objetivo del estudio es .....El estudio se está realizando en ...(ESTA COMUNIDAD/ESTA CLÍNICA, EN VARIAS COMUNIDADES/CLÍNICAS )

### **Procedimientos:**

Si Usted acepta participar en el estudio, ocurrirá lo siguiente:

le haremos algunas preguntas acerca de...como por ejemplo... y cuestiones generales acerca de... como por ejemplo ..... La entrevista/ el cuestionario tendrá una duración aproximada de..... Lo entrevistaremos en .... (INDICAR UBICACIÓN) .... en un horario de .... (SI SE PLANEA GRABAR LA ENTREVISTA, MENCIONARLO Y SOLICITAR SU AUTORIZACIÓN). (SI HAY TOMA DE MUESTRA DE SANGRE ESPECIFICAR LA CANTIDAD EN ML, Y EL EQUIVALENTE EN CUCHARADITAS) Le aclaramos que (TANTO LAS ENTREVISTAS Y/ O TOMA DE MUESTRAS) serán realizadas por personal capacitado.

### **Beneficios: (ANOTAR LOS BENEFICIOS DIRECTOS SI LOS HAY, DE LO CONTRARIO MENCIONAR)**

Usted no recibirá un beneficio directo por su participación en el estudio, sin embargo si usted acepta participar, estará colaborando con el Instituto Nacional de Salud Pública para....

**Confidencialidad:** Toda la información que Usted nos proporcione para el estudio será de carácter estrictamente confidencial, será utilizada únicamente por el equipo de investigación del proyecto y no estará disponible para ningún otro propósito. Usted quedará identificado(a) con un número y no con su nombre. Los resultados de este estudio serán publicados con fines científicos, pero se presentarán de tal manera que no podrá ser identificado(a).

**Riesgos Potenciales/Compensación:** Los riesgos potenciales que implican su participación en este estudio son mínimos. Si alguna de las preguntas le hicieran sentir un poco incomodo(a), tiene el derecho de no responderla. (SI SE REALIZAN TOMA DE MUESTRAS DE SANGRE ESPECIFICAR SI HAY ALGÚN RIESGO COMO UN PEQUEÑO MORETÓN O PEQUEÑO DOLOR EN EL MOMENTO, ASÍ COMO ACLARAR QUE EL MATERIAL QUE SE UTILIZARÁ ES NUEVO Y DESECHABLE). En el remoto caso de que ocurriera algún daño como resultado de la investigación,....(ACLARAR LA FORMA EN LA QUE SE PROCEDERÍA SI SE LLEGARA A DAR EL CASO...) Usted no recibirá ningún pago por participar en el estudio, y tampoco implicará algún costo para usted

**Participación Voluntaria/Retiro:** La participación en este estudio es absolutamente voluntaria. Usted está en plena libertad de negarse a participar o de retirar su participación del mismo en cualquier momento. Su decisión de participar o de no participar no afectará de ninguna manera la forma en cómo le tratan en... (ESPECIFICAR LOS SERVICIOS DE SALUD, EN LA ESCUELA, ETC....).

**Números a Contactar:** Si usted tiene alguna pregunta, comentario o preocupación con respecto al proyecto, por favor comuníquese con el/la investigador/a) responsable del proyecto: \_\_\_\_\_ al siguiente número de teléfono (777)..... ext: \_\_\_ en un horario de ....

Si usted tiene preguntas generales relacionadas con sus derechos como participante de un estudio de investigación, puede comunicarse con la Presidente del Comité de Ética del INSP, Mtra. Angélica Ángeles Llerenas, al teléfono (777) 329-3000 ext. 7424 de 8:00 am a 16:00 hrs. O si lo prefiere puede escribirle a la siguiente dirección de correo electrónico [etica@insp.mx](mailto:etica@insp.mx)

Si usted acepta participar en el estudio, le entregaremos una copia de este documento que le pedimos sea tan amable de firmar.

**Consentimiento para su participación en el estudio**

Su firma indica su aceptación para participar voluntariamente en el presente estudio.

Nombre del participante:

\_\_\_\_\_

Fecha:

\_\_\_\_\_

Día / Mes / Año

Firma: \_\_\_\_\_

Nombre Completo del Testigo 1:

\_\_\_\_\_

Fecha:

\_\_\_\_\_

Día / Mes / Año

Dirección

\_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

Relación con el participante \_\_\_\_\_

Fecha:

Nombre Completo del Testigo 2:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Día / Mes / Año

Dirección

\_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

Relación con el participante \_\_\_\_\_

Fecha:

Nombre de la persona que obtiene el consentimiento

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Día / Mes / Año