

CARTA DE CONSENTIMIENTO FOTOS/VIDEOGRABACIÓN

Dirigido a: (Indique el grupo de participantes al que se dirige, por ejemplo: Personal de salud, Actores clave, etc)

Título de proyecto: XXXXX

Nombre del Investigador Principal: XXX

Fecha aprobación por el Comité de ética: (La fecha se incluirá una vez que el estudio haya sido aprobado por el comité de ética y la carta sea enviada para sello del CEI)

Estimado(a) Señor(a):

Introducción/Objetivo:

Usted ha sido invitado a participar en el presente proyecto de investigación, el cual es desarrollado por el Instituto Nacional de Salud Pública en colaboración con (**incluir el nombre de la institución con la que se colabora**). El estudio se realizará en (**describir el lugar: esta comunidad/esta clínica, en varias comunidades/clínicas**).

Procedimientos:

Como parte de su participación en el estudio le pedimos nos permita tomar fotografías/videograbación, con objeto de (**Explicar el objetivo de la toma de fotos/video**). En las fotografías/videograbación que tomaremos aparecerá (**Mencionar si aparece o no su rostro o si se tomarán de forma que no podrá ser identificado(a)**). Las fotografías/videograbación se utilizarán para... (**Explicar si serán para fines educativos /exposición al público/publicación en revista**).

Beneficios: (**Anotar los beneficios directos si los hay, de lo contrario agregar un párrafo como el siguiente**). Usted no recibirá un beneficio directo por las fotografías/videograbación que se le tomarán, sin embargo, si usted acepta participar, estará colaborando con el Instituto Nacional de Salud Pública para (**describir el uso potencial de la información en términos de beneficio social**).

Confidencialidad: Su nombre siempre será confidencial, ya que no se mencionará en las fotografías/videograbación. Tampoco aparecerá en los documentos relacionados al proyecto, ni en la exposición/publicación de las mismas. Las fotografías/videograbación original las conservará el investigador responsable en un lugar seguro.

Riesgos Potenciales/Compensación: (**Si hay riesgo de ser identificado(a) aclarar**) “Es importante mencionar que si Usted aparece en la fotografía/videograbación, algunas personas podrían reconocerlo(a), por lo que es importante que tome esto en cuenta antes de aceptar participar”; (**De lo contrario mencionar**) “No hay riesgo alguno ya que no podrá ser identificado(a) en las fotografías/videograbación”. Usted no recibirá ningún pago por permitirnos tomar las fotografías/videograbación, y tampoco implicará algún costo para usted.



Participación Voluntaria/Retiro: Su participación es totalmente voluntaria. Es decir, Usted no está obligado(a) a permitir que se le tome una fotografía. Tiene todo el derecho de negarse a participar y esta decisión no le traerá consecuencia alguna.

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: Dr./Dra. _____ al siguiente número de teléfono (777) _____ ext: ___ en un horario de _____ ó al correo electrónico _____.

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, Dra. Angélica Ángeles Llerenas, al teléfono (777) 329-3000 ext. 7424 de 9:00 am a 16:00 hrs. ó si lo prefiere puede escribirle a la siguiente dirección de correo electrónico 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.

Nota: En caso de que las fotografías sean tomadas a menores de edad, serán los padres/tutores legales los que deben de dar su aprobación y se solicitará al menor su asentimiento.

Nombre del participante:

Fecha:

Día / Mes / Año

Firma: _____

Nombre de la persona que obtiene el consentimiento

Fecha:

Día / Mes / Año