En el presente consentimiento informado usted declara por escrito su libre voluntad y honesta participación, luego de recibir toda la información disponible de la investigación **XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX,** adelantada por el Grupo de investigación **XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX** de la Universidad Tecnológica de Pereira. Además, declara que la información suministrada será lo más sincera y completa posible.

**Justificación de la Investigación:**

**Objetivo de la Investigación:**

**Procedimientos:** descripción de técnicas e instrumentos a aplicar: encuesta, entrevista, test, pruebas, exámenes, protocolos, medicamentos, observaciones. Descripción de las instalaciones donde se realizarán los procedimientos y del personal responsable de la aplicación

**Beneficios:** describir los aportes sociales y/o académicos, científicos, personales.

**Nivel de Riesgo:**  Esta es una investigación **(sin riesgo/Riesgo mínimo/Riesgo mayor al mínimo) … (**verresolución No. 8430 de 1993**)**

**Posibles Riesgos o molestias:**

**Garantía de respuesta a inquietudes:** los participantes recibirán respuesta a cualquier pregunta que surja acerca de la investigación.

**Garantía de información:** los participantes recibirán toda la información significativa y actualizada que se obtenga durante y al final del estudio.

**Garantía de libertad:** La participación en el estudio es libre y voluntaria. Los participantes podrán retirarse de la investigación en el momento que lo deseen, sin ningún tipo de consecuencia.

**Garantía de tratamiento médico e indemnización: (Cuando aplique para la investigación).** Los participantes podrán o no recibir tratamiento médico e indemnización dependiendo del tipo de investigación.

**Recursos económicos:** en caso de que existan gastos durante el desarrollo de la investigación, serán costeados con el presupuesto de la investigación.

**Confidencialidad:** los nombres de las personas y toda información proporcionada serán tratados de manera privada y con estricta confidencialidad, estos se consolidarán en una base de datos como parte del trabajo investigativo. Sólo se divulgará la información global de la investigación, en un informe en el cual se omitirán los nombres propios de las personas de las cuales se obtenga información.

**Nota:** El participante de la presente investigación contara con una copia del consentimiento informado.

**Nota 2:** La presente investigación ha sido avalada por el Comité de Bioética de la Universidad Tecnológica de Pereira. (CEI-UTP).

**Nota 3:** Su participación en la presente investigación finalizará cuando XXXXXXX.

|  |
| --- |
| “Esta investigación se acoge a lo establecido en la **Resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud**, se respetarán los principios éticos de justicia, beneficencia, no maleficencia y confidencialidad establecidos en la Declaración de Helsinki, y tiene la aprobación del Comité de Ética de la Investigación de la Universidad Tecnológica de Pereira.” |

**A quien contactar:**

Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_          Email: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Certifico que he leído la anterior información, que entiendo su contenido y que estoy de acuerdo en participar en la investigación. Se firma en la ciudad de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_a los \_\_\_\_ días, del mes \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ del año 20XX.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_        \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre del Informado Firma/Huella del Informado

Cédula:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_        \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre del testigo 1                          Firma del testigo 1

Cédula:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_        \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre del testigo 2                          Firma del testigo 2

Cédula:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_        \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre del entrevistador               Firma del entrevistador

Cédula: