FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN UNA INVESTIGACIÓN

*Consent Version Jan 2019*

*This consent is appropriate for research involving interviews/focus groups. If you are requesting for IRB approval for Waiver of Documentation of Consent, delete the signature section*. Delete these instructions and replace all text in blue with study specific information before submitting to CPHS.

**Título del estudio:** <Add your study title here>

**Patrocinador del estudio:** <Delete this line if your study is not sponsored>

**Investigador principal:** <PI Name, degree, short title>

**Persona de contacto del estudio:** <XXX-XXX-XXXX. If study contact person is different from PI, write the name of study contact here>

Lo invitamos a que participe en un estudio realizado por investigadores del University of Texas Health Science Center en Houston. Estamos estudiando <purpose of the study>.

Si acepta participar en nuestro estudio, le pediremos que <describe study procedures>. Usted no tiene la obligación de participar en el estudio si no desea hacerlo; es su decisión. Usted puede cambiar de opinión en cualquier momento y no habrá ninguna penalidad. Se espera que la cantidad total de tiempo que debe dedicar sea aproximadamente <number of visits, duration of each visit and duration of participation in study>.

No tiene que revelar ninguna información con la que se sienta incómodo. Puede dejar de participar en cualquier momento. Algunas personas podrían molestarse o enojarse si escuchan a otras personas expresar puntos de vista diferentes a los suyos en los grupos focales.

Tendremos cuidado de mantener su información confidencial y pediremos a todos los miembros del grupo focal que también mantengan la confidencialidad de sus conversaciones. También existe un pequeño riesgo de que se divulgue algo de forma involuntaria o accidental. Planeamos grabar las entrevistas y las sesiones del grupo focal con su autorización. <PI Name> mantendrá la confidencialidad de todas las notas, grabaciones y transcripciones. Los archivos electrónicos estarán cifrados y protegidos con contraseñas. Puede decidir si desea que se use su nombre.

Si tiene alguna pregunta sobre este estudio, por favor llame a <Study Contact> al XXX-XXX-XXXX. Si tiene alguna queja, sugerencia o pregunta sobre sus derechos como voluntario de investigación, comuníquese con el Comité para la Protección de Sujetos Humanos (Committee for the Protections of Human Subjects, CPHS) de UTHealth marcando el 713-500-7943.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |
| Nombre del sujeto en letra imprenta |  | Firma del sujeto |  | Fecha |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| Nombre de la persona que obtuvo el consentimiento en letra imprenta |  | Firma de la persona que obtuvo el consentimiento |  | Fecha |