**Formulario de consentimiento breve para participar en una investigación**

Se le solicita que participe en un estudio de investigación.

Antes de aceptar, la persona a cargo de la investigación debe informarle de lo siguiente:

1. Los propósitos, los procedimientos y la duración de la investigación.
2. Los procedimientos que sean experimentales.
3. Los riesgos, molestias y beneficios razonablemente previsibles de la investigación.
4. Los procedimientos o tratamientos alternativos que podrían ser beneficiosos.
5. Las medidas para proteger la confidencialidad.

Cuando corresponda, la persona a cargo de la investigación le presentará información esencial sobre el estudio de investigación antes de presentar otro tipo de información.

Cuando corresponda, la persona a cargo de la investigación también debe proporcionarle la siguiente información:

1. Toda compensación o tratamiento médico a su disposición en caso de que se produzca una lesión.
2. La posibilidad de que surjan riesgos inesperados.
3. Las circunstancias en las que la persona a cargo de la investigación podría suspender su participación.
4. Todo costo adicional que le corresponda a usted.
5. Qué sucede si decide dejar de participar.
6. Cuándo se le informará de nuevos hallazgos que puedan afectar su voluntad de participar.
7. Cuántas personas participarán en el estudio.

Si tiene alguna pregunta acerca del estudio de investigación o si desea obtener información sobre qué hacer en caso de lesión, comuníquese con [Insert Name of PI] llamando al [Insert phone number].

Puede ponerse en contacto con Castle Institutional Review Board (Castle IRB) por teléfono al (888) 442-2472 o por correo electrónico a [irbteam@castleirb.com](mailto:irbteam@castleirb.com) en caso de tener alguna pregunta o inquietud con relación a sus derechos como participante de una investigación.

La participación en la investigación es completamente voluntaria. Puede rehusarse a participar o decidir interrumpir su participación en cualquier momento sin sufrir penalizaciones ni perder beneficios que le corresponden.

La firma de este documento implica que se le ha descrito el estudio de investigación, incluida la información que antecede, de manera oral y que usted acepta participar de forma voluntaria. Si acepta participar, debe recibir una copia firmada de este documento y un resumen por escrito de la investigación.

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

Firma del/de la participante Fecha

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

Firma del/de la testigo del proceso de consentimiento Fecha

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

Firma de la persona que obtiene el consentimiento Fecha