

CENTRO MÉDICO DE LA UNIVERSIDAD LOYOLA  
MAYWOOD, ILLINOIS  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA

**CONSENTIMIENTO PARA PARTICIPAR EN UN ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN  
FORMULARIO ABREVIADO DE CONSENTIMIENTO ESCRITO PARA SUJETOS QUE  
NO HABLAN INGLÉS**

Nombre del participante: \_\_\_\_\_

Número de registro médico: \_\_\_\_\_

**Protocolo: IRB#:** \_\_\_\_\_

Se lo ha invitado a participar de un estudio de investigación.

Antes de que usted de su consentimiento, su médico debe comunicarle el objetivo, los procedimientos y la duración del estudio de investigación, debe informarle sobre los procedimientos experimentales, los riesgos potenciales, las posibles molestias y los beneficios del estudio de investigación, sobre los posibles beneficios de otro tipo de procedimientos o tratamiento y sobre cómo se mantendrá la confidencialidad de la información.

Cuando corresponda, el investigador también deberá informarle si se le ofrece algún tipo de compensación o tratamiento médico en caso de que se produzca una lesión; los riesgos potenciales, las circunstancias en las que el investigador puede discontinuar su participación, los costos agregados para usted, qué ocurre si decide dejar de participar, cuándo le comunicarán los nuevos hallazgos que pueden afectar su decisión de participar y cuántas personas participarán del estudio.

Si acepta participar, se le entregará una copia firmada de este documento y un resumen escrito del trabajo de investigación en idioma inglés.

Usted puede contactarse con \_\_\_\_\_ en \_\_\_\_\_ toda vez que tenga preguntas sobre el trabajo de investigación.

Usted puede contactarse con \_\_\_\_\_ en \_\_\_\_\_ si tiene preguntas sobre sus derechos como sujeto de investigación o desea saber qué hacer si sufre una lesión.

Su participación en este estudio de investigación es voluntaria y no será sancionado ni perderá beneficios si se niega a participar o decide interrumpir su participación.

Su firma en este documento significa que le han descrito el estudio de investigación y que se le ha brindado toda la información mencionada mas arriba en forma verbal y que acepta participar voluntariamente.

\_\_\_\_\_  
Firma del participante y fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del testigo y fecha