**FORMATO DE ASENTIMIENTO INFORMADO**

Con este documento te estamos invitando a participar en el proyecto de investigación:“\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_”.

El proyecto será desarrollado por el investigador: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

De la Universidad Antonio Nariño. Si otra institución o investigador principal esta involucrado agregarlo acá.

El proyecto consiste en Explicar en palabras sencillas pero precisas en que consiste el proyecto, sus objetivos y el alcance del mismo, de que forma beneficiara la participación en el proyecto del menor a la sociedad.

Tu has sido invitado a participar porque explicar las razones por las cuales el menor fue seleccionado para participar.

Tu participación es de carácter voluntaria, es decir que cuando desees puedes dejar de estar en el proyecto y esa decisión no tendrá consecuencias de tipo personal, social, familiar, emocional, moral o económico.

Al participar en este proyecto se han considerando describir los riesgos o complicaciones que pueden derivarse de la participación en el proyecto.

La información suministrada por mí nombre del participante **será confidencial**. Es decir que no se podra identificarme a traves de los datos publicados y la reserva a mi información será protegida por todos aquellos en el proyecto. Los resultados podrán ser publicados o presentados en reuniones o eventos con fines académicos sin revelar mi nombre o datos de identificación. Se mantendrán los cuestionarios y en general cualquier registro en un sitio seguro con acceso restringido a quienes lideran el proyecto. En bases de datos, todos los participantes serán identificados por un código que será usado para referirse a cada uno. Así se guardará el secreto profesional de acuerdo con lo establecido en la Ley 1090 de 2006, que rige el ejercicio de la profesión de psicología en Colombia.

Durante el proyecto mi bienestar es el factor más importante y cualquier situación que pueda atentar contra mi salud física o emocional será notificada y se tomaran las medidas necesarias para evitar cualquier daño.

Así mismo, declaro que me explicaron claramente y comprendo que tengo derecho a recibir respuesta sobre cualquier pregunta que tenga sobre este proyecto, antes, durante y después de su ejecución; que tengo el derecho de solicitar los resultados de los cuestionarios y pruebas que conteste durante la misma. Considerando que los derechos que tengo en calidad de participante de dicho estudio, a los cuales he hecho alusión previamente, constituyen compromisos del equipo de investigación responsable del mismo, me permitimos informar que asiento, de forma libre y espontánea, mi participación en el mismo.

En caso de necesitar mayor información o comentar sobre situaciones que se presenten relacionadas con el proyecto me puedo comunicar con nombre del investigador encargado de atender las necesidades de los participantes.

El Comité de Ética que es responsable por vigilar la seguridad de los participantes en este proyecto es el Comité de Ética de la Facultad de Medicina de la Universidad Antonio Nariño. Telefono: XXXXXX, e-mail: comitedeetica@uan.edu.co

“Sé que puedo elegir participar en la investigación o no hacerlo. Sé que puedo retirarme cuando quiera. He leído esta información o se me ha leído la información y la entiendo. Me han respondido las preguntas y sé que puedo hacer preguntas más tarde si las tengo. Entiendo que cualquier cambio se discutirá conmigo. Acepto participar en la investigación (solo si el niño asiente)

**Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Nombre \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Documento de identificación No. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Nombre del testigo I: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma del testigo I: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre del testigo II: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma del testigo II: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

El padre y/o madre apoderado ha firmado el Consentimiento Informado Si: \_\_\_ No: \_\_\_

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

Investigador principal de la investigación XXXXXXXXXXXXXXXXXXX

Líder de la Línea de Investigación en \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Miembro del Grupo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Docente Facultad de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Correo electrónico: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_@uan.edu.co.