**CONSENTIMIENTO INFORMADO**

**TÍTULO DEL PROYECTO**

**[Ciudad], [Día], [Mes], [Año]**

**Nombre de la prueba o del procedimiento:**

**Introducción al proyecto, objetivo, propósito y riesgos de la prueba o procedimientos.**

**Yo, [Nombre de la persona que autoriza la participación en la prueba o procedimiento]**

**Con documento de identificación CC ( ) CE ( ) #**

**Actuando como (seleccionar una de las dos opciones siguientes):**

**( ) Usuario autónomo, de manera libre y voluntaria, en ejercicio pleno de mis facultades.**

**Hago constar que**

**Una vez informado sobre los propósitos, objetivos, pruebas/procedimientos que se llevarán a cabo durante la investigación denominada “[NOMBRE DEL PROYECTO/PRODUCTO DE INVESTIGACIÓN]” y los posibles riesgos que se puedan generar de la prueba o procedimiento, autorizo mi participación en la misma, así como el uso de los datos obtenidos con fines estrictamente académicos e investigativos.**

**Declaro, adicionalmente, que se me ha informado que:**

**Mi participación en esta investigación es completamente libre y voluntaria y puedo retirarme de ella en cualquier momento.**

**No recibiré beneficio personal de ninguna clase por la participación en este proyecto/producto, ni retribución económica alguna. Sin embargo, se espera que los resultados obtenidos permitan incidir positivamente en los procesos de mejoramiento de personas con condiciones similares a las mías, o a las de la persona bajo mi responsabilidad.**

**Toda la información obtenida y los resultados de la investigación serán tratados confidencialmente; en virtud de ello, esta información será archivada en papel y/o medio electrónico. Los archivos del estudio se guardarán en la Universidad Antonio Nariño Sede - Circunvalar, bajo la custodia del grupo de investigación [Nombre del grupo], adscrito al programa académico Medicina, y la responsabilidad de los investigadores participantes en el proyecto/producto.**

**Puesto que toda la información en este proyecto de investigación es llevada bajo condición de anonimato, los resultados personales no pueden estar disponibles para terceras personas como empleadores, organizaciones gubernamentales, compañías de seguros, medios de comunicación u otras instituciones educativas. Esto también aplica al cónyuge, miembros de la familia y médicos (o profesionales de salud tratantes) de los participantes.**

**En caso de requerir mis datos personales, las fotografías, los videos y otra información, resultantes de la aplicación de la prueba o procedimiento para presentación con fines estrictamente académicos o científicos en eventos tales como seminarios, congresos, cursos, simposios, revisiones de casos clínicos y publicaciones, entre otros tipos de espacios de divulgación científica, autorizo su uso, si así lo considero, a través de la firma de este documento.**

**Hago constar que el presente documento ha sido leído y entendido por mí en su integridad. Por lo anterior, hago constar que he sido informado a satisfacción sobre los procesos, procedimientos o pruebas que se realizarán por parte de los profesionales participantes en el proyecto como investigadores y, por tanto, doy mi consentimiento.**

**En caso de tener alguna duda contactar al investigador XXXXXX o coinvestigador xxxx en los siguientes teléfonos XXXXXX o al correo electrónico:**

**Firma del usuario:**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Firma del usuario**

**Firma del investigador principal y/o de los coinvestigadores que tengan relación directa con la aplicación del procedimiento o prueba:**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Investigador principal**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Coinvestigador 1**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Coinvestigador 2**