COMIRB#: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Study Title:

# JUNTA DE REVISIÓN MULTIINSTITUCIONAL DE COLORADO

# COLORADO MULTIPLE INSTITUTIONAL REVIEW BOARD

# Versión corta del formulario de consentimiento informado por escrito para el estudio de investigación para personas que no leen en inglés (en adelante, "formulario corto")

Ha sido seleccionado para participar en un estudio de investigación. La participación en la investigación es voluntaria. Antes de tomar la decisión, el investigador debe, en primer lugar, darle información para ayudarle a entender por qué usted podría estar interesado en participar en esta investigación y por qué podría no querer hacerlo. Deberá explicarle por qué se realiza la investigación, qué le sucederá si decide participar, qué partes (si es que hay alguna) son experimentales, cuánto tiempo formará parte de la investigación, cuáles son los riesgos y molestias para usted, cuáles son los beneficios y qué procedimientos o tratamientos alternativos están disponibles.

Si hay algo que no entiende, pregunte.

El investigador también le indicará si tiene que pagar por algo, cómo se le comunicará sobre cualquier información nueva acerca de la investigación (especialmente si algo puede afectar su decisión de permanecer en el estudio), cómo puede dejar de participar en la investigación, cómo el médico puede sacarlo de la investigación, qué sucede si usted abandona la investigación, cuántas personas participarán del estudio, cómo puede recibir atención médica si resulta herido y si tendrá que pagarla, cómo se puede utilizar su información en el futuro o cómo se la puede compartir con otros investigadores y cómo la información que lo identifica se mantendrá confidencial.

Si tiene dudas sobre la investigación o considera que ha resultado perjudicado, puede comunicarse con la siguiente persona:

Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

N.º de teléfono: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Si tiene dudas sobre cuáles son sus derechos como participante, comuníquese con la Junta de Revisión Multiinstitucional de Colorado al 303-724-1055 o envíe un correo electrónico a COMIRB@ucdenver.edu.

Puede elegir no participar en la investigación o puede dejar de participar en cualquier momento sin perder ninguno de los privilegios que son sus derechos.

Si acepta participar en la investigación, se le debe entregar una copia firmada y fechada de este formulario corto escrito en un lenguaje simple que usted entienda y una copia del resumen escrito en inglés (formulario de consentimiento) de la investigación.

Al firmar este formulario, indica que toda la información del formulario de resumen (consentimiento) en inglés se le ha proporcionado oralmente con un vocabulario que usted entiende, que examinó la información y que sus preguntas fueron contestadas, y que usted acepta voluntariamente participar.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha: \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_

Firma del participante (o del representante legalmente autorizado

si está aprobado por la Junta de Revisión Institucional)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha: \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_

Firma del testigo de la presentación oral (puede ser el intérprete)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha: \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_

Firma del intérprete

*Participante: Firmar SOLAMENTE este formulario corto*

*Testigo: Firmar AMBOS, este formulario corto y el resumen en inglés (documento de consentimiento)*

*Intérprete: Firmar SOLAMENTE este formulario corto*

*Persona que obtiene el consentimiento: Firmar SOLAMENTE el resumen en inglés (documento de consentimiento)*