

Consentimiento informado: formulario abreviado
Informed Consent – Short Form – OHR-8S (Spanish)
Version Date – FOR OHR USE: 11/4/2019

Investigador principal:
 (Principal Investigator)

Teléfono:
 (Telephone)

Se lo invita a participar en un estudio de investigación. Antes de que tome una decisión, deben informarle lo siguiente:

- El título del estudio
- Por qué se lo considera un estudio de investigación y en qué se diferencia de la atención médica estándar
- El propósito de la investigación
- Cuánto durará su participación en el estudio
- Qué procedimientos se realizarán, incluidos aquellos de naturaleza experimental
- Los posibles riesgos (incluidos los riesgos relacionados con la salud reproductiva) y los posibles beneficios
- Las alternativas que tiene a su disposición si decide no participar
- Qué tipo de información sobre la salud o muestras se pueden recopilar y cómo se utilizarán y compartirán
- Cómo se protegerá su confidencialidad
- Indemnización y tratamiento que tendrá a su disposición en caso de posibles lesiones relacionadas con la investigación (si el riesgo involucrado excediera un riesgo mínimo)
- Información de contacto
- El carácter voluntario de su participación: usted puede decidir no participar o abandonar el estudio más adelante sin ninguna sanción

Cuando corresponda, deben informarle lo siguiente:

- Los riesgos imprevistos para los sujetos del estudio (incluidos aquellos relacionados con la salud reproductiva)
- La posibilidad de que el estudio se interrumpa en forma anticipada sin su consentimiento y los procedimientos en caso de interrupción anticipada del estudio
- Costo y pago (si corresponde)
- Su derecho a ser informado sobre los resultados y cualquier novedad de la prueba o el estudio que puedan afectar su voluntad de seguir participando en el estudio
- La cantidad de participantes en este estudio

Si tiene preguntas sobre las siguientes cuestiones:	Persona u oficina	Información de contacto
Este estudio y los problemas médicos relacionados con este estudio, incluidos el tratamiento y la indemnización	Investigador principal: (Principal Investigator) Investigador: (Investigator)	Número de teléfono: (Phone Number) Número de teléfono: (Phone Number)
Si necesita comunicarse con alguien que no pertenezca al personal del estudio por una inquietud o para conocer sus derechos como sujeto de un estudio de investigación	Personal ajeno al estudio (Non-Study Personnel) (Note: These are Jefferson IRB numbers. Use numbers for other impartial parties as necessary.)	215-503-0203 215-503-8966 215-955-4239

Participar en este estudio es su decisión. Puede elegir no participar o abandonar el estudio más adelante sin que se aplique sanción alguna. Si decide participar, deberá firmar este formulario. Recibirá una copia de este formulario junto con el formulario informativo. Al firmar este formulario, usted confirma que le han explicado la información que antecede, que han respondido todas sus preguntas a su satisfacción y que acepta voluntariamente participar en este estudio de investigación.

 Nombre del participante en letra de imprenta
 (Printed Name of Participant)

 Firma del participante
 (Signature of Participant)

 Fecha
 (Date)

 Nombre del testigo en letra de imprenta
 (Printed Name of Witness)

 Firma del testigo
 (Signature of Witness)

 Fecha
 (Date)