**Formulario de Asentimiento Informado**

**Título de la investigación:** *Debe ser el mismo del protocolo*

**Organización del investigador** *(nombre de la universidad, institución, empresa a la que pertenece el IP)*

**Nombre del investigador principal** *(nombres completos)*

**Datos de localización del investigador principal** *correo electrónico.*

**Co-investigadores** *(nombres completos y afiliación institucional)*

**Población menor de edad:** Edades entre nn-nn

Hola. Mi nombre es \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ y trabajo en \_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Estamos realizando un estudio para conocer sobre \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ y para ello queremos pedirte que nos apoyes.

Tu participación en el estudio consistiría en \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Tu participación en el estudio es voluntaria, es decir, aun cuando tu papá, mamá o representante legal hayan dicho que puedes participar, si tú no quieres hacerlo puedes decir que no. Es tu decisión si participas o no en el estudio. También es importante que sepas que, si en un momento dado ya no quieres continuar en el estudio, no habrá ningún problema. Si no quieres responder a alguna pregunta en particular, tampoco habrá problema.

Toda la información que nos proporciones/las mediciones que realicemos nos ayudarán a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, y se utilizará sólo para fines de investigación científica-académica.

Esta información será confidencial, es decir no diremos a nadie tus respuestas o compartiremos tus mediciones-pruebas-resultados de exámenes. Sólo lo sabrán las personas que forman parte del equipo de este estudio.

Si aceptas participar, te pido que por favor pongas un visto **(✓)** en el cuadrito de abajo que dice “Sí quiero participar” y escribe tu nombre.

(Para menores de 16). Si entiendes todo lo que se te ha explicado y aceptas participar en este estudio, debes decírselo al investigador, quien solo entonces iniciará las actividades planificadas para recolectar tus datos. Tu aceptación se tomará como tu consentimiento.

Si no deseas participar, no pongas ningún visto **(✓)**, ni escribas tu nombre.

(Para menores de 16) Si no deseas participar, debes también decírselo al investigador, quien se retirará de inmediato.

Sí quiero participar Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre y firma de testigos (1-2): Fecha:

Nombre y firma de la persona que obtiene el asentimiento: Fecha: