# Consentimiento para participar en un estudio de investigación

|  |  |
| --- | --- |
| Título del estudio | [título del estudio] |
| Investigador principal | [nombre completo del IP] |
| Nombre del patrocinador | [nombre completo del patrocinador] |
| Período de aprobación del IRB | [período de aprobación del IRB mm/dd/aaaa - mm/dd/aaaa] |
| Número de investigación | [Study#] |

Se le ha pedido que participe en un estudio de investigación. Se le ha informado del estudio de investigación citado más arriba en su idioma: español.

Se le ha explicado la siguiente información:

* Por qué se realiza el estudio y qué tiene que hacer durante el mismo
* Qué partes del estudio son de investigación y cuánto tiempo participará usted en el estudio
* Todos los riesgos, beneficios o molestias de la investigación para usted u otros
* Otros tratamientos que puede recibir si decidiera no participar en el estudio
* Quién podría ver sus datos del estudio
* Cómo se mantendrán en privado sus datos del estudio

Si sufre alguna lesión por participar en el estudio, recibirá los cuidados y los tratamientos médicos necesarios de parte de la NYU Langone Health. Sin embargo, deberá pagar dicho tratamiento médico, directamente o a través de su seguro de salud y/u otros tipos de cobertura médica. No recibirá dinero alguno.

Si tiene preguntas acerca del estudio, los efectos secundarios o alguna lesión causada por la investigación, puede llamar a [nombre de la persona o del departamento] al [número de teléfono].

Si necesita atención de emergencia, puede llamar al 911 o acudir al Departamento de Emergencias.

Si tiene alguna pregunta acerca de sus derechos como sujeto de investigación, puede llamar a la Oficina del Comité de Revisión Institucional (Institutional Review Board, IRB) al 212-263-4110. El IRB es un comité que supervisa la investigación en esta institución.

Recibirá una copia firmada de este formulario de consentimiento. También recibirá un resumen escrito sobre la investigación.

Su participación en el estudio es voluntaria. Puede cambiar de opinión acerca de su participación en el estudio en cualquier momento sin que ello afecte su asistencia en el futuro en esta institución.

Firmar este formulario significa que se le ha descrito verbalmente la investigación, incluida la información anterior, y que usted accede voluntariamente a participar en el estudio.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Sujeto** | **(nombre en letra de imprenta)** | **Fecha** |  |
| Firma |  | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Testigo/Traductor** | **(nombre en letra de imprenta)** | **Fecha** |  |
| Firma |  | | |