**UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CENTRO DEL PERÚ**

**FACULTAD DE ENFERMERÍA**

**FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO(FCI)**

**Título de proyecto de investigación :**

**Investigadores :**

**Institución(es) :** Universidad Nacional del Centro del Perú

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Estamos invitando a usted a participar en un estudio de investigación titulado: “*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*”. de fecha \_\_/\_\_/\_\_\_\_ Este es un estudio desarrollado por investigadores de la Universidad Nacional del Centro del Perú

1. **INFORMACIÓN**

**Propósito del estudio:** El propósito de este estudio es \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. Su ejecución ayudará/permitirá \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

**Duración del estudio (meses):**

**N° esperado de participantes: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Criterios de Inclusión y exclusión:**

*(No deben reclutarse voluntarios entre grupos “vulnerables”: presos, soldados, aborígenes, marginados, estudiantes o empleados con relaciones académicas o económicas con el investigador, etc. Salvo que la investigación redunde en un beneficio concreto y tangible para dicha población y el diseño así lo requiera).*

**Procedimientos del estudio:** Si Usted decide participar en este estudio se le realizará los siguientes procesos:

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

La *entrevista/encuesta* puede demorar unos ­\_\_\_\_\_ minutos y (*según corresponda añadir a detalle).*

Los resultados se le entregarán a usted en forma individual y se almacenarán respetando la confidencialidad y su anonimato.

**Riesgos:** *(Detallar los riesgos de la participación del sujeto de estudio)*

Su participación en el estudio *no* presenta\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Beneficios:** (*Detallar los beneficios de la participación del sujeto de estudio)*

Usted se beneficiará del presente proyecto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Costos e incentivos:** Usted *no* pagará ningún costo monetario por su participación en la presente investigación. Así mismo, no recibirá ningún incentivo económico ni medicamentos a cambio de su participación.

**Confidencialidad:** Nosotros guardaremos la información recolectada con códigos para resguardar su identidad. Si los resultados de este estudio son publicados, no se mostrará ninguna información que permita su identificación. Los archivos no serán mostrados a ninguna persona ajena al equipo de estudio.

**Derechos del paciente:** La participación en el presente estudio es voluntaria.Si usted lo decide puede negarse a participar en el estudio o retirarse de éste en cualquier momento, sin que esto ocasione ninguna penalización o pérdida de los beneficios y derechos que tiene como individuo, como así tampoco modificaciones o restricciones al derecho a la atención médica.

**Preguntas/Contacto:** Puede comunicarse con el Investigador Principal *(Detallar el nombre, número de teléfono y correo electrónico del investigador principal).*

Así mismo puede comunicarse con la Comisión de Ética del Instituto Especializado de Investigación que validó el presente estudio,

Contacto del Comité de Ética: Dra. Luz Consuelo Yallico Madge

Presidenta de la Comisión de Ética del Instituto Especializado de Investigación de la Universidad Nacional del Centro del Perú, **Email:** comisiondeetica@uncp.edu.pe

1. **DECLARACIÓN DEL CONSENTIMIENTO**

He leído la hoja de información del Formulario de Consentimiento Informado (FCI), y declaro haber recibido una explicación satisfactoria sobre los objetivos, procedimientos y finalidades del estudio. Se han respondido todas mis dudas y preguntas. Comprendo que mi decisión de participar es voluntaria y conozco mi derecho a retirar mi consentimiento en cualquier momento, sin que esto me perjudique de ninguna manera. Recibiré una copia firmada de este consentimiento.

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(Firma)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(Firma)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

Nombre **participante:** Nombre **investigador:**

DNI: DNI:

Fecha: *(dd/mm/aaaa)* Fecha: *(dd/mm/aaaa)*

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(Firma)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

Nombre testigo o representante legal:

DNI:

Fecha: *(dd/mm/aaaa)*

***Nota:*** *La firma del testigo o representante legal es obligatoria solo cuando el participante tiene alguna discapacidad que le impida firmar o imprimir su huella, o en el caso de no saber leer y escribir.*