

UNIVERSITY OF CALIFORNIA IRVINE
CONSENT TO ACT AS A HUMAN RESEARCH SUBJECT – SHORT FORM
CONSENTIMIENTO PARA ACTUAR COMO SUJETO EN UNA INVESTIGACIÓN
HUMANA- FORMULARIO CORTO

Título del estudio: _____

Nombre del investigador principal y número de teléfono: _____

Departamento del investigador: _____

Se le está pidiendo que participe de un estudio de investigación. Debido a que el documento de consentimiento informado completo todavía no ha sido traducido a un idioma que usted comprenda, se le traducirá verbalmente el formulario en inglés. Si decide participar, el investigador hará traducir el formulario en inglés para que usted pueda tener una copia en su poder.

Antes de aceptar participar, el investigador le debe informar sobre (1) los propósitos, procedimientos y duración de la investigación; (2) todo procedimiento que sea experimental; (3) riesgos razonables, incomodidades y beneficios previsibles de la investigación; (4) todo procedimiento o tratamiento alternativo potencialmente beneficioso; y (5) cómo se mantendrá la confidencialidad.

En los casos en que sea aplicable, el investigador también deberá informarle sobre (1) toda compensación o tratamiento médico disponible si ocurriera una lesión; (2) la posibilidad de riesgos inesperados; (3) circunstancias en las que el investigador puede interrumpir su participación; (3) todo costo adicional a su cargo; (5) qué ocurre si decide dejar de participar; (6) cuándo se le informarán nuevos descubrimientos que puedan afectar su disposición para participar; y (7) cuántas personas participarán del estudio.

Si acepta participar, le deberán entregar una copia firmada de este documento y una copia del consentimiento informado completo en inglés. Una vez que el documento del consentimiento informado completo haya sido traducido a un idioma que usted comprenda, también se le proveerá esa copia.

En cualquier momento en que tenga alguna pregunta sobre la investigación, puede ponerse en contacto con _____ al número de teléfono () _____. Si tiene alguna pregunta sobre sus derechos como sujeto de una investigación o si necesita saber qué hacer si está lesionado, puede ponerse en contacto con el Consejo de Revisión Institucional de UCI (UCI Institutional Review Board) al 949-824-4768.

Su participación en esta investigación es voluntaria y si se niega a participar o decide finalizar su participación no se lo penalizará ni perderá beneficios. Su firma en este documento significa que se le ha descrito oralmente y de una forma que usted comprende el estudio de investigación, incluyendo la información anterior, y que usted ha aceptado participar voluntariamente.

NOMBRE DEL SUJETO	FIRMA DEL SUJETO	FECHA
-------------------	------------------	-------

NOMBRE DEL INVESTIGADOR	FIRMA DEL INVESTIGADOR	FECHA
-------------------------	------------------------	-------

NOMBRE DEL TESTIGO	FIRMA DEL TESTIGO	FECHA
--------------------	-------------------	-------