**HOJA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA AUTORIZACIÓN VOLUNTARIA DE SU PARTICIPACIÓN EN UNA INVESTIGACIÓN**

**TÍTULO:** (Escriba el título de su investigación)

**DESCRIPCIÓN:** Usted ha sido invitado a participar en un ejercicio de investigación sobre (describa de qué trata su investigación). Este ejercicio forma parte de las experiencias académicas del curso GIV 302 – Manejo de datos, dirigido por el estudiante (su nombre) bajo la supervisión del profesor/a (nombre del profesor/a). El propósito del ejercicio investigativo es (presente brevemente el propósito del estudio).

La razón por la cual usted fue seleccionado a participar de esta investigación se debe a (mencione los criterios de elegibilidad para participar del estudio). El tiempo aproximado que le tomará su participación en esta investigación es (indique el tiempo aproximado). Se espera que participen aproximadamente (especificar cantidad) voluntarios.

**PROCEDIMIENTOS:** Si usted acepta participar en esta investigación se le solicitará que (detalle en un lenguaje sencillo y comprensible los procedimientos a los que se someterá el participante, especifique el lugar (o plataforma tecnológica) donde se llevará el estudio y el tiempo que le tomará en cada actividad o fase, si su estudio incluye grabar (en audio, videos o fotos) explique la razón (p.ej. transcripción) y el procedimiento o medio (p.ej. *Zoom*) que se utilizará).

**RIESGOS O INCOMODIDADES:** Los riesgos (o las incomodidades o molestias) relacionados con esta investigación son: (enumere los riesgos o incomodidades (p. ej. especifique los daños físicos, psicológicos, sociales, legales, económicos, entre otros que usted prevé en su estudio). Para minimizar los riesgos (o las incomodidades o molestias) asociados con esta investigación (explique qué medidas tomará para atender o minimizar los riesgos o incomodidades descritas).

**BENEFICIOS:** Por participar de esta investigación usted tendrá los siguientes beneficios (señale los beneficios potenciales de participar en la investigación, si alguno. En caso de no haber algún beneficio directo para el participante, indique “Por participar en esta investigación usted no obtendrá un beneficio directo.”).

**INCENTIVOS:** Por participar en esta investigación usted recibirá un incentivo de (p.ej. especificar cantidad de dinero y las condiciones para recibir el pago, u otro tipo de compensación no monetaria. Si la investigación no conlleva ningún tipo de compensación escriba “Por participar en esta investigación usted no recibirá ningún tipo de incentivo.”).

**CONFIDENCIALIDAD:** Si usted decide participar su identidad será protegida (explique cómo). Se manejará de manera confidencial la información que usted proporcione o que pueda identificarle. Sin embargo, los datos crudos y su información identificable (p.ej. su nombre o correo electrónico) pueden ser accedidos o manejados por el investigador principal (su nombre) y el equipo de investigación (si aplica, especifique los nombres).

Con el propósito de garantizar el cumplimiento de los principios éticos en la investigación, su información también puede ser revisada por el *Institutional Review Board* (IRB) de la Universidad del Sagrado Corazón. De igual forma, la información que comparta electrónicamente ya sea a través de computadora, celular u otra plataforma, puede ser accedida por terceras personas con acceso legítimo o ilegítimo (p.ej. piratas informativos) (si aplica).

La información que usted provea será almacenada (detalle las condiciones de almacenamiento (p.ej. en un archivo con llave en una oficina, los datos digitales serán encriptados con una contraseña en la computadora del investigador principal)). Una vez culmine la investigación, los datos recopilados serán conservados por (especifique el tiempo en el que mantendrá los datos). Luego de cumplir con este periodo de tiempo establecido, (los datos digitales serán borrados, mientras que los impresos serán triturados). (Si los datos serán compartidos con otros investigadores o si será publicados, explique las condiciones en las que se compartirá y cómo se manejará la confidencialidad).

**DERECHOS:** Si usted decidió participar en esta investigación, entienda que su participación es completamente voluntaria. A continuación, se presentan sus derechos:

a) usted tiene derecho a no responder alguna pregunta que le cause incomodidad.

b) usted tiene derecho de abstenerse de participar (especificar la actividad o intervención) o retirarse de la investigación en cualquier momento.

c) usted tiene derecho a recibir una copia de este documento.

Su decisión por retirar su participación de la investigación no conlleva ninguna penalidad.

**PREGUNTAS:** Si usted tiene alguna pregunta sobre su participación o desea conocer más información sobre esta investigación, por favor comuníquese con (su nombre, número de teléfono y correo electrónico institucional).

Si usted tiene alguna reclamación o queja, puede comunicarse con un representante del IRB de la Universidad del Sagrado Corazón a través del siguiente correo electrónico: irb@sagrado.edu

**CONSENTIMIENTO:** Su firma en este documento significa que usted ha autorizado participar libremente en esta investigación, luego de haber leído y discutido la información presentada en esta hoja de consentimiento. Además, certifica que ha recibido una copia de este documento.

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

**Nombre del participante Firma Fecha**

He discutido el contenido de esta hoja de consentimiento con el arriba firmante.

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

**Nombre del investigador Firma Fecha**