**CARTA DE CONSENTIMIENTO PARA PARTICIPACIÓN DE PADRES Y SUS HIJOS**

**NOMBRE DE LA INVESTIGACIÓN: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Introducción/Objetivo:**

La institución \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ está realizando un proyecto de investigación conjunto con \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. El objetivo del estudio es \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ y el estudio se está realizando en el laboratorio del Grupo Médico Landa ubicado en \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

**Procedimientos**: Si Usted acepta participar y que hijo(a) participe también en el estudio, ocurrirá lo siguiente:

1. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Beneficios:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Confidencialidad:** El estudio no puede ser divulgado ni tampoco puede manipularse sin autorización del personal encargado.

**Riesgos Potenciales/Compensación:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Participación Voluntaria/Retiro:** Independientemente de la firma efectuada o el participante tiene derecho a retirarse en el momento que crea necesario.

**Contacto:** Ante cualquier duda se puede comunicar \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ por medio de los Teléfonos\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ o dirigirse a la Dirección: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Consentimiento del padre/madre o tutor para su participación y la de su hijo(a)**

Firma de aceptación para que su hijo(a) participen voluntariamente en el proyecto de investigación.

Nombre del Padre/Madre/Tutor participante:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha: Día / Mes / Año

Firma: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Relación con el menor participante \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre completo del menor participante: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre de la persona que obtiene el consentimiento

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