



*Este documento es una guía, NO es para sobrescribir.*

**(Solo para proyectos realizados en instalaciones de la Facultad de Medicina)**

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN EDUCATIVA**

Título del protocolo: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Investigador principal: \_\_\_\_\_

Sede donde se realizará el estudio: \_\_\_\_\_

Nombre del Alumno: \_\_\_\_\_

Se le está invitando a participar en este estudio de investigación educativa. Antes de decidir si participa, debe conocer y comprender cada uno de los siguientes apartados. Este proceso se conoce como consentimiento informado. Siéntase con absoluta libertad para preguntar sobre cualquier aspecto que le ayude a aclarar sus dudas al respecto.

Una vez que haya comprendido el estudio y si usted desea permitir la participación del niño(a)/Sr(a), entonces se le pedirá que firme la forma de consentimiento, de la cual se le entregará una copia firmada y fechada.

(Enunciar brevemente cada uno de los apartados en un lenguaje no médico, accesible a todas las personas).

**1. JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO.**

**2. OBJETIVO DEL ESTUDIO**

El estudio de investigación educativa que tiene como objetivos .....  
 (La información deberá estar acotada en un lenguaje que sea claro para cualquier persona, deberá detallar los objetivos y los resultados esperados)

**3. BENEFICIOS DEL ESTUDIO**

(Explicar brevemente los beneficios esperados. Si existen estudios anteriores, aunque sean de otros investigadores, se puede hacer referencia a ellos en este capítulo con la intención de ampliar la información).

En estudios realizados anteriormente por otros investigadores se ha observado que .....

Con este estudio se pretende conocerá de manera clara .....

Este estudio permitirá que en un futuro otros estudiantes puedan beneficiarse del conocimiento obtenido .....



#### 4. PROCEDIMIENTOS DEL ESTUDIO

En caso de aceptar participar en el estudio se le realizarán algunas preguntas (se aplicará un cuestionario etc)  
.....

Al igual que en el apartado anterior, en un lenguaje claro para una persona sin conocimientos médicos).

#### 5. RIESGOS ASOCIADOS CON EL ESTUDIO

Explicar posibles riesgos en su caso.

#### 6 CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo \_\_\_\_\_, alumno (a); profesor (a) [subrayar uno u otro] del curso de: \_\_\_\_\_ y de \_\_\_\_\_ años de edad, acepto de manera voluntaria que se me incluya como sujeto de estudio en el proyecto de investigación denominado: \_\_\_\_\_, luego de haber conocido y comprendido en su totalidad, la información sobre dicho proyecto, riesgos si los hubiera y beneficios directos e indirectos de mi participación en el estudio, y en el entendido de que:

- Mi participación como alumno no repercutirá en mis actividades ni evaluaciones programadas en el curso, o en mi condición de profesor, no repercutirá en mis relaciones con mi institución de adscripción.
- No habrá ninguna sanción para mí en caso de no aceptar la invitación.
- Puedo retirarme del proyecto si lo considero conveniente a mis intereses, aún cuando el investigador responsable no lo solicite, informando mis razones para tal decisión en la Carta de Revocación respectiva si lo considero pertinente; pudiendo si así lo deseo, recuperar toda la información obtenida de mi participación.
- No haré ningún gasto, ni recibiré remuneración alguna por la participación en el estudio.
- Se guardará estricta confidencialidad sobre los datos obtenidos producto de mi participación, con un número de clave que ocultará mi identidad.
- Si en los resultados de mi participación como alumno o profesor se hiciera evidente algún problema relacionado con mi proceso de enseñanza – aprendizaje, se me brindará orientación al respecto.
- Puedo solicitar, en el transcurso del estudio información actualizada sobre el mismo, al investigador responsable.
- También tengo acceso a las Comisiones de Investigación y de Ética de la Facultad de Medicina en caso de que tenga una duda sobre mis derechos como participante en el estudio, al teléfono 56-23-22-70.

**Lugar y Fecha:** \_\_\_\_\_

**Nombre y firma del participante:** \_\_\_\_\_

**Nombre y firma de quien proporcionó la información para fines de consentimiento**



## REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO.

Yo \_\_\_\_\_, alumno (a); profesor (a) [subrayar uno u otro] del curso de: \_\_\_\_\_ y de \_\_\_\_ años de edad, participante en el proyecto de investigación educativa, denominado: \_\_\_\_\_ deseo manifestar mi decisión de retirarme del mismo.

Para el caso someto las siguientes razones: (opcional) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Lugar y fecha: \_\_\_\_\_

Nombre y firma del participante: \_\_\_\_\_

Nombre y firma de quien recibe la revocación del consentimiento:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**NOTA:** Estas son guías con ciertos mínimos, mismos que deberán adecuarse al caso particular.