



CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA MENORES DE EDAD E INCAPACES

(No necesaria para sujetos mayores de 16 años de edad, emancipados y competentes)

Yo _____, responsable directo del (la) [Sr.(a), Niño(a)] _____, de _____ años de edad, manifiesto que se ha obtenido su asentimiento y otorgo de manera voluntaria mi permiso para que se le incluya como sujeto de estudio en el Proyecto de investigación médica _____, luego de haber conocido y comprendido en su totalidad, la información sobre dicho proyecto y sobre los riesgos y beneficios directos e indirectos de su colaboración en el estudio, y en el entendido de que:

- no habrá ninguna consecuencia desfavorable para ambos en caso de no aceptar la invitación;
- puedo retirarlo del proyecto si lo considero conveniente a sus intereses, aun cuando el investigador responsable no lo solicite, informando mis razones para tal decisión en la Carta de Revocación respectiva;
- no haremos ningún gasto, ni recibiremos remuneración alguna por la colaboración en el estudio;
- se guardará estricta confidencialidad sobre los datos obtenidos producto de la colaboración;
- en caso de que se presentaran efectos adversos para la salud de mi representado, recibirá la atención médica requerida y una indemnización a que legalmente tiene derecho, siempre que éstos sean producto de su colaboración en el estudio;
- puedo solicitar, en el transcurso del estudio, información actualizada sobre el mismo al investigador responsable, o bien llamar a la División de Investigación de la Facultad de Medicina de la UNAM, al teléfono 5623-2298.

Lugar fecha _____

Nombre y firma del responsable _____

Parentesco o relación con el participante _____

Nombre y firma del médico que proporcionó la información para fines de consentimiento

TESTIGO 1

NOMBRE: _____ FECHA: _____

TESTIGO 2

NOMBRE: _____

FECHA: _____



FACULTAD DE MEDICINA
 DIVISIÓN DE INVESTIGACIÓN
 COMISIÓN DE ÉTICA



CARTA DE REVOCACION DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA MENORES DE EDAD E INCAPACES

Yo _____, responsable directo del (la) [Sr(a), Niño(a)] _____, de _____ años de edad, he decidido excluirlo (a) del Proyecto de investigación médica _____, por las siguientes razones: (opcional, puede dejarse en blanco si así lo desea) _____

 Lugar fecha _____ Nombre y firma del responsable
 _____ Parentesco o relación con el participante _____ Nombre y firma del médico
 que recibe la revocación del consentimiento -

TESTIGO 1
 NOMBRE: _____ FECHA: _____

TESTIGO 2
 NOMBRE: _____
 FECHA: _____