



# Samford University

## Institutional Review Board

### Consentimiento Informado para la Participación de un MENOR en un Estudio de Investigación

Director de escuela Investigador (es):

Título del Estudio:

Nombre del participante: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

1. La siguiente información se proporciona para informarle sobre el proyecto de investigación / estudio y la participación de su hijo en él. Lea este formulario cuidadosamente, haga las preguntas que usted o su hijo puedan tener sobre este estudio y la información que se proporciona a continuación, y asegúrese de recibir respuestas a sus preguntas antes de firmar este formulario de consentimiento (se le entregará una copia).
2. Propósito de este estudio:

Se le pide a su hijo que participe en un estudio de investigación porque

3. La duración aproximada de la participación de su hijo en el estudio:
4. Procedimientos a seguir para este estudio:

Iniciales del participante: \_\_\_\_\_

Número de aprobación IRB:

Este formulario es válido por un año desde la fecha de aprobación. Fecha de aprobación:

5. Procedimiento(s) / examen(es) experimental(es) involucrado(s) en el estudio:
6. Descripción de las incomodidades, inconvenientes y / o riesgos que pueden esperarse razonablemente como resultado de la participación de su hijo en el estudio:
7. Buenos efectos o beneficios que podrían resultar de este estudio:
- a. Los beneficios para la ciencia y la humanidad que podrían resultar de este estudio:
  
  
  - b. Los beneficios que su hijo podría obtener al participar en este estudio (incluida la compensación, si corresponde):
8. Procedimientos alternativos o cursos de tratamiento, en su caso, que podrían estar disponibles:
9. Privacidad y confidencialidad: todos los esfuerzos, dentro de lo razonable, se realizarán para mantener la confidencialidad de la información personal de su hijo en el registro de investigación de su hijo. La información de su hijo puede ser compartida con la Junta de Revisión Institucional de la Universidad de Samford o la Oficina de Protección de Investigaciones Humanas (Gobierno Federal). La información de su hijo solo se usará para fines de monitoreo.

10. En caso de lesión relacionada con el estudio: si este estudio implicó un riesgo más que mínimo para su hijo, la siguiente compensación y / o tratamientos médicos están disponibles si ocurre una lesión:

11. Información de contacto: si usted o su hijo tienen alguna pregunta sobre este estudio de investigación, sus derechos o si su hijo sufre una lesión relacionada con el estudio, comuníquese con:

O si el investigador principal es un estudiante, consejero de la facultad para este estudio:

Si tiene preguntas o inquietudes adicionales que no responden la (s) persona (s) anterior (es), siéntase libre de contactar al Presidente de la Junta de Revisión Institucional de la Universidad de Samford:

Dr. Brad Bennett  
205-726-4523  
bbennet1@samford.edu

12. La participación de su hijo en este estudio de investigación es voluntaria. Usted es libre de retirar a su hijo de este estudio en cualquier momento sin penalidad. Su hijo también puede retirarse de este estudio sin penalidad. En caso de que se disponga de nueva información que pueda afectar los riesgos o beneficios asociados con este estudio de investigación o su disposición para que su hijo participe, se le notificará para que usted y su hijo puedan tomar una decisión informada sobre si continuar o no participación en este estudio.

Circunstancias bajo las cuales el investigador principal puede retirarlo del estudio participante:

**DECLARACIÓN DE LA PERSONA QUE ACUERDA PERMITIR LA PARTICIPACIÓN DEL MENOR EN ESTE ESTUDIO:**

He leído este documento de consentimiento informado y el material que contiene ha sido explicado verbalmente. Todas mis preguntas han sido respondidas, y libremente y voluntariamente elijo dar mi consentimiento para la participación de mi hijo en este estudio. He recibido una copia de este formulario de consentimiento.

\_\_\_\_\_  
Nombre impreso del padre / Guardián

\_\_\_\_\_  
Firma del padre / Guardián

\_\_\_\_\_  
Fecha

**ACUERDO DE MENOR DE PARTICIPAR EN ESTE ESTUDIO**

*(Para edades de 7 a 19 años: el menor debe leer o debe leerle lo siguiente antes de firmar).*

Usted está invitado a participar en este estudio sobre:

Si usted participa en esta investigación, usted tendrá que: (describa brevemente qué hará el niño)

Su participante en este estudio es voluntario, y puede detenerse en cualquier momento sin penalidad. Si utilizamos estos resultados en cualquier artículo o presentación, no usaremos su nombre real para que su identidad esté protegida. Lea esta información y decida si desea participar en nuestro estudio o no. ¡Muchas gracias por tu ayuda!

\_\_\_\_\_  
Nombre impreso del participante

\_\_\_\_\_  
Firma del participante

\_\_\_\_\_  
Fecha

Consentimiento obtenido por:

\_\_\_\_\_  
Nombre impreso

\_\_\_\_\_  
Titulo

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha