



## Formulario corto de investigación para participantes que no hablan inglés Consentimiento para participar en un estudio de investigación

**Título del estudio:**

**Investigador principal:**

Se le pide participar en un estudio de investigación.

“Usted” se refiere a su persona, a su hijo o a cualquier persona por la que esté actuando en su beneficio.

Antes de aceptar, el investigador debe hablarle sobre:

1. Por qué están realizando el estudio
2. Cuánto tardará el estudio
3. Los procedimientos a los que se sometería
4. Los procedimientos que sean experimentales
5. Cualquier incomodidad o riesgo asociado del que tengan noticia
6. Cualquier beneficio para usted u otras personas
7. Procedimientos o tratamientos alternativos que podría intentar en lugar de los mencionados
8. Cómo se mantendrá su información confidencial y segura

Cuando corresponda, el investigador también le dirá:

1. El plan de los pagos y/o tratamientos médicos si usted se lesiona debido al estudio
2. Que podría haber riesgos para usted de los que el investigador no tiene noticia
3. Que usted puede ser retirado del estudio en cualquier momento, incluso si desea permanecer en él
4. Sobre cualquier costo extra para usted por estar en el estudio
5. Sobre cualquier información nueva que pudiera hacerle cambiar de parecer respecto a querer estar en el estudio
6. Cuántas personas estarán en el estudio

Si tiene preguntas sobre sus derechos como voluntario de investigación, se lesiona, o no está conforme con cualquier parte del estudio, puede llamar a la Junta Regional de Revisión Institucional (Regional Institutional Review Board, IRB) de Mercy Health, al 616-685-6198 para hablar con una persona informada que no forme parte de esta investigación. También puede comunicarse con el investigador, \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ en cualquier momento, si tiene preguntas sobre el estudio.

La participación en este estudio es voluntaria. Usted puede dejar de participar en cualquier momento y no será penalizado ni perderá beneficios.

**Declaración del participante o representante legalmente autorizado del participante**

Al firmar este formulario, usted acepta que este estudio de investigación le ha sido explicado en forma oral en su idioma y que voluntariamente acepta participar en este estudio. Ha tenido la oportunidad de hacer preguntas y ha recibido respuestas que contestan satisfactoriamente dichas preguntas.

Si acepta estar en este estudio, se le dará una copia firmada de este formulario. También se le dará una copia de la versión en inglés del formulario de consentimiento informado.

\_\_\_\_\_  
Firma del participante o representante legalmente autorizado

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre del participante en letra de molde

**Declaración del testigo**

Certifico que un intérprete médico de Mercy Health realizó la interpretación completa y precisa al idioma \_\_\_\_\_ de la presentación oral y que estuve presente durante todo el proceso de consentimiento informado.

\_\_\_\_\_  
Firma del testigo

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre del testigo en letra de molde

**Declaración del intérprete**

Certifico que he interpretado, al idioma principal del participante, todas las presentaciones orales realizadas por quienes estuvieron presentes durante el proceso de consentimiento informado.

\_\_\_\_\_  
Firma del intérprete

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre del intérprete con letra de molde

\*Consulte en el formulario de consentimiento informado (*versión en inglés*) las firmas fechadas del investigador y de la persona que obtiene el consentimiento.