



Universidad Católica de Santiago de Guayaquil
Proyecto de investigación: “_____”

CONSENTIMIENTO INFORMADO (#2)
Formulario de Consentimiento de Padres y/o Madres (Representante Primario)

A su hijo/a o representado se le está pidiendo que participe en un estudio de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil cuyo tema es _____. El objetivo de esta investigación es _____

Como parte del estudio, se aplicará _____(instrumento a aplicar) sobre _____ (tema). Se me ha explicado el propósito de este instrumento y entiendo el contenido del mismo. Si yo y mi hijo/a aceptamos participar en el estudio, a mi hijo/a se le pedirá que _____

Entiendo que estamos participando libre y voluntariamente sin ser obligados/as en cualquier forma a hacerlo, y que mi hijo/a tiene el derecho de responder o no a determinadas preguntas y a negarse a participar, si así lo desea.

Entiendo que mi identidad y la de mi hijo/a o representado también se mantendrán estrictamente confidencial, al igual que toda la información aquí proporcionada, la cual será utilizada solo para fines de investigación científica.

Declaración de Consentimiento.

Mediante esta declaración acepto que se grabe esta _____ y que se tomen fotos durante la misma, aunque éstas no serán publicadas en ningún medio. Entiendo que mi nombre no se vinculará a la grabación ni a las fotos, y que nadie podrá vincularme a las respuestas que mi hijo/a o representado otorgue.

Yo acepto que mi hijo/a o representado participe en la investigación arriba descrita.

Sé que tengo el derecho de hacer preguntas en todo momento y que no tengo que contestar las preguntas que no quiera. Entiendo que si decido participar y que mi hijo/a participen en este estudio, podmos dejar de participar en cualquier momento y que nada malo me va a pasar a mí o a mi hijo(a).

Si tengo alguna pregunta puedo llamar al Investigador/a Principal: _____, durante el día al teléfono de la Universidad Católica: 3804600.

☐ Sí estoy de acuerdo

☐ No estoy de acuerdo

Nombre de su Hijo/a o Representado (Adolescente)

Nombre de Madre, Padre o Representante Legal

Firma de Madre, Padre o Representante Legal

Fecha

Nombre de la persona obteniendo el consentimiento

Firma de la persona obteniendo el consentimiento

Fecha

Uso del material audiovisual

La Universidad Católica de Santiago de Guayaquil pudiera usar las fotos, los videos o las grabaciones, en parte o del todo. Por favor lea y seleccione las oraciones con las que usted está de acuerdo.

Yo autorizo a que las fotos o videos de mi hijo/a o representado:

Sean usadas para el propósito de investigación

☐ Si ☐ No

Sean usadas para enseñar y entrenar a otras personas

☐ Si ☐ No

Sean usadas para congresos y eventos científicos.

☐ Si ☐ No