



**HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO
DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN Y ENSEÑANZA**



CARTA DE CONSENTIMIENTO BAJO INFORMACION DE PROTOCOLO/TESIS

Protocolo/Tesis de Investigación:

Yo _____
(Nombre completo del participante o apoderado legal)

Declaro libremente que estoy de acuerdo en participar en esta investigación cuyos objetivos, procedimientos, beneficios y riesgos me han sido explicados.

DEBERÀ INCLUIR LOS SIGUIENTES PUNTOS (en un lenguaje entendible para el paciente):

a) Objetivos de la investigación:

b) Justificación:

c) Beneficios:

d) Riesgos:



HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO

DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN Y ENSEÑANZA



CARTA DE CONSENTIMIENTO BAJO INFORMACION DE PROTOCOLO/TESIS

Entiendo que el protocolo de investigación servirá:

Entiendo que esto es importante debido a que:

Los procedimientos de la investigación consistirán en:

Se me ha explicado que: _____

(no) implica riesgo para la salud.

Entiendo que el estudio no tiene costo adicional para mí y que la atención médica que se me proporciona no se verá afectada por mi participación en el estudio. Los investigadores me han ofrecido aclarar cualquier duda o contestar cualquier pregunta que al momento de firmar la presente no hubiese expresado o que surja durante el desarrollo de la investigación. El Doctor(a) _____ se ofreció a responder cualquier duda al respecto en _____ con teléfono _____ extensión _____ de las _____ a las _____ horas. Además me ha ofrecido confidencialidad con la información obtenida.

Se me ha garantizado que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento, sin que ello signifique que la atención médica que se me proporciona se vea afectada por este hecho. Estoy de acuerdo en participar en este estudio, por lo que firmo la presente junto al investigador que me informó y dos testigos, uno de mi confianza. En caso que el protocolo sea de la Industria Farmacéutica, los gastos de los estudios de laboratorio, deberán ser cubiertos por la industria respectiva.

Efectos Adversos: El Investigador responsable deberá notificar al Comité de Investigación y Ética, las reacciones adversas ocurridas durante toda la investigación.

Se cuenta con una póliza de seguro de responsabilidad civil proporcionada por la Empresa Química Farmacéutica en los casos de daños ocasionados por la investigación.

En base a la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental en sus artículos 1º, 2º, 4º, 5º, 6º, 10º, 18º, 19º, 20º, 21º y 22º fracción V, autorizo a las partes contratantes a utilizar la información obtenida de mi participación en el estudio para su inclusión en los informes científicos correspondientes así como para presentarla en reuniones científicas o publicarla.

México, D.F., a _____ de _____ del 201 ____.

NOMBRE

FIRMA

Medico Investigador/Investigador Responsable/
Tutor

Participante, Esposo/Padre/Apoderado Legal

Dirección: _____

HJM-DIE-FOR-011-AP



HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO
DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN Y ENSEÑANZA



CARTA DE CONSENTIMIENTO BAJO INFORMACION DE PROTOCOLO/TESIS

NOMBRE

FIRMA

Testigo 1 (HJM)

Testigo 2 (parentesco)

Testigo 3 (parentesco)

RETIRO DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

Manifiesto mi voluntad de interrumpir mi participación en el estudio y por este medio retiro mi consentimiento a continuar en él.

NOMBRE

FIRMA

Nombre del paciente

Testigo1

Testigo 2

Nota: También se firmará el consentimiento informado e instructivo que proporciona la empresa farmacéutica. Se debe firmar original y dos copias.

Nota: Esta carta deberá ser aprobada y rubricada por el Comité de Ética en Investigación.