



**HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO
DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN Y ENSEÑANZA
COMITÉ DE ETICA E INVESTIGACION**



**CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA MENORES DE EDAD Y GRUPOS
VULNERABLES**

(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 mí representado, recibirá la atención médica requerida 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 Coordinación de Investigación del Hospital Juárez de México al;

Teléfono: _____

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: _____