BREVE FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO/ASENTIMIENTO ESCRITO PARA PARTICIPAR EN UN ESTUDIO DE INVESTIGACIONES PARA UN SUJETO MENOR O SU PADRE QUE NO HABLA INGLÉS

This document must be written in a language understandable to the subject

Universidad de Arkansas para Ciencias Médicas

Little Rock, Arkansas 72205

Yellow highlighted text in this document is instructional text and is to be deleted when this form is used. Confirm the page numbering is correct before finalizing your translated form.

Nombre del sujeto de investigación \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Se le pide a usted/a su hijo que participe en un estudio de investigación con el siguiente título en inglés:

Este estudio está siendo realizado por (PI Name here) que se llama el Investigador Principal (PI). Esta persona o su designado debe informarle sobre el estudio antes (usted/su hijo) de decidir unirse. Esta discusión debe comenzar con una breve descripción de la información más probable que le ayude a tomar una decisión sobre unirse al estudio. También debemos informarle (usted/su hijo) sobre lo siguiente:

:

* Qué se le pedirá (usted/su hijo) que haga si se une a este estudio de investigación y cuánto tiempo tomará la participación;
* Cualquier cosa que hagamos en el estudio que sea experimental;
* Cualquier riesgo previsible (cosas malas) o beneficios (cosas buenas) que puedan suceder si se une (usted/su hijo) al estudio;
* Otras opciones que pueda (usted/su hijo) tener además de unirse a este estudio;
* Cómo protegeremos su (usted/su hijo) información; y
* If the research is greater than minimal risk, add the following; otherwise delete this bullet:: Una explicación de cualquier tratamiento médico o compensación disponible si usted sale herido.
* If the research involves collection of identifiable private information or identifiable specimens, add the following; otherwise delete this bullet: Si la información / biospecimens puede ser utilizada para futuras investigaciones, ya sea por este equipo de investigación u otro equipo de investigación
* Otra información aplicable para ayudarle a decidir. (See [IRB policy 15.1, Section C under “Procedure”](http://irb.uams.edu/wp-content/uploads/sites/127/2020/06/IRB-Policy-15.1-Elements-of-Informed-Consent-FINAL.pdf) for the “as applicable” elements. While these do not need to be listed separately in this document, they MUST be presented in the consent discussion when the short form process is used.)

Si acepta (usted/su hijo) participar en este estudio de investigación, después de que se le explique (usted/su hijo) lo anterior por vía oral, se le debe (usted/su hijo) dar una copia de este documento. La versión en inglés del formulario de consentimiento utilizado para esta traducción debe estar disponible para la persona que sirvió como traductor entre (usted/su hijo) y el PI o designado durante la firma de este documento. También se le dará una copia de este documento en inglés.

Puede (usted/su hijo) ponerse en contacto con el PI al (\_\_\_) \_\_\_\_\_\_\_\_ en cualquier momento si tiene (usted/su hijo) preguntas sobre esta investigación. Puede (usted/su hijo) comunicarse con la Junta de Revisión Institucional (IRB) de la Universidad de Arkansas para Ciencias Médicas al (501) 686-5667 si tiene (usted/su hijo) preguntas sobre sus derechos como sujetos de investigación o si desea (usted/su hijo) hablar con alguien que no está directamente involucrado en la investigación.

Usted/su hijo es libre de retirar su (usted/su hijo) consentimiento y dejar de participar en este estudio de investigación en cualquier momento. Para su (usted/su hijo) protección de salud, lo mejor es notificar al PI antes de detener su (usted/su hijo) participación. Si retira su (usted/su hijo) consentimiento, no habrá penalización y no perderá ningún beneficio al que tenga (usted/su hijo) derecho

Firmar este documento, significa lo siguiente: (1) Que el estudio de investigación, incluida la información anterior, le (usted/su hijo) ha sido descrito oralmente, y (2) que usted/su hijo acepta voluntariamente participar.

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del Sujeto de Investigación Asintiendo (7-17 yrs.) Fecha

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del Padre/Tutor Legal Fecha

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del Segundo Padre (no es necesario para todos Fecha

los estudios

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del Testigo Fecha