**Formulario corto para personas que no leen en inglés**

Nombre del estudio: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Me han pedido que participe en un estudio científico. El médico o la enfermera de este estudio me ha dado la siguiente información sobre el estudio:

 Por qué se hace el estudio.

 Qué me harán si participo en el estudio (exámenes, pruebas, tratamientos, etc.)

 Cuánto tiempo participaré en el estudio.

 Qué partes, si las hubiera, son experimentales.

 Los posibles riesgos, molestias y beneficios del estudio (siempre existe la posibilidad de sufrir algún efecto secundario que no conocíamos antes debido a una prueba o tratamiento).

 Alternativas para participar en el estudio.

 Cómo se mantendrá la privacidad de la información sobre mi estudio.

 Cómo recibir atención médica si me enfermo por el estudio y si tendré que pagarla.

 Si el estudio me costará algo.

 Las situaciones en las que el médico del estudio me podría sacar del estudio.

 Qué sucede si decido dejar de participar en el estudio.

 Cómo me informarán de cualquier información nueva sobre el estudio, en especial si esta información pudiera cambiar mi decisión de participar en el estudio.

 Cuántas personas participarán en el estudio.

## A quién llamar sobre cualquier pregunta o preocupación

Puedo llamar al Dr. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ a cualquier hora si tengo preguntas sobre la investigación o si creo que esta investigación me ha afectado. Puedo llamar a la oficina de “IRBMED” al 734-763-4768 si tengo preguntas sobre mis derechos como sujeto en un estudio científico.

Si firmo este formulario quiere decir me han descrito verbalmente este estudio científico, en un lenguaje que entiendo. Si acepto participar en el estudio, me entregarán una copia firmada de este formulario y un resumen escrito del estudio. Tendré la oportunidad de hacer preguntas sobre el estudio. Debo obtener respuestas satisfactorias a mis preguntas antes de firmar este formulario. Puedo decidir no participar en el estudio o dejar de participar en el estudio en cualquier momento sin perder ninguno de los privilegios a los que tengo derecho.

Sé lo que se hará como parte de este estudio. También conozco los beneficios y riesgos (buenos y malos) que podrían ocurrir si decido participar en este estudio. Sé que puedo dejar de participar en el estudio en cualquier momento y continuar recibiendo la atención médica usual.

Firma del participante: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha: \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_

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

Fecha: \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_

Firma del intérprete: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha: \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_

<*End of Translation*>