

Children's Hospital Los Angeles  
**Consentimiento para Participar en un Estudio de Investigación**

Nombre del Sujeto: \_\_\_\_\_  
Medical Record #: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Se le pide a usted o a su niño que participen en un estudio de investigación. Un estudio de investigación es la manera en la cual los científicos (médicos, enfermeras y otros profesionales) tratan de entender cómo funcionan las cosas y aprender más. Un estudio podría investigar cómo es que funciona el cuerpo, qué es lo que causa las enfermedades, cómo proporcionar tratamientos para las enfermedades o qué es lo que las personas piensan y sienten sobre ciertas cosas.

Antes de decidir si usted o su niño participarán en este estudio de investigación, el investigador debe informarle acerca de (i) los propósitos de la investigación, las actividades que se realizarán, a éstas se les llama procedimientos y por cuánto tiempo durará la investigación; (ii) cualquier procedimiento que sea experimental (bajo estudio); (iii) cualquier riesgo, molestias y beneficios que se anticipen resulten de esta investigación; (iv) cualquier otro procedimiento o tratamiento que pudiesen ser benéficos y (v) cómo se mantendrá confidencial su información.

El investigador también debe informarle, en los casos correspondientes, acerca de (i) los pagos o tratamientos médicos que existen en caso de una lesión o daño; (ii) la posibilidad de riesgos desconocidos; (iii) situaciones por las cuales el investigador termine la participación de usted en el estudio; (iv) cualquier otro gasto adicional para usted; (v) qué ocurre si usted decide salirse del estudio; (vi) cuándo le avisarán acerca de descubrimientos que pudiesen afectar su deseo de participar; y (vii) cuántas personas participarán.

Si usted acepta participar, le deben una copia firmada de este documento y una copia del formulario de consentimiento aprobado para este estudio escrito en Inglés.

Usted puede comunicarse con \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ en cualquier momento que tenga preguntas sobre la investigación o sobre qué hacer si se lesiona.

Si usted tiene cualquier pregunta acerca de sus derechos como sujeto bajo investigación, se puede comunicar con el Comité de Investigaciones Clínicas de CHLA (CHLA IRB), al 323-361-2265.

Su participación en esta investigación es voluntaria (su propia decisión) y no perderá beneficios o se le castigará si rechaza participar o si decide no seguir participando.

Su firma en este documento indica que el estudio de investigación junto con la información mencionada anteriormente, le fueron descritos verbalmente, y que usted consiente voluntariamente en participar.

\_\_\_\_\_  
Firma del Participante

\_\_\_\_\_  
Fecha

---

Firma del Padre/Madre (si corresponde)

---

Fecha

---

Nombre Completo del Testigo en letra imprenta/Firma del Testigo

---

Fecha

*The witness's signature serves to attest that he/she provided the interpreting services and assisted with conveying explanation and questions and answers in the language spoken by the subject or the subject's parent/legal guardian.*

Routing of signed copies of the consent form: 1) Give to Parent; 2) Medical Records; 3) Investigator's file.

**CCI#:**