**RESEARCH INFORMATION SHEET (TEMPLATE VERSION: 10/4/16**

Note: Form should be formatted in at least 12 point font (times new roman) or equivalent.

**[All instructions (in RED) and text not applicable to the research should be deleted when the form is modified for use on a particular study]**

Children’s Hospital Los Angeles

**HOJA INFORMATIVA DE INVESTIGACIÓN**

[Insert title of study]

 [If study title is technical, add lay language title]

[If the study involves using different forms for different populations, identify the population group as a subtitle]

Se le invita a participar en un estudio de investigación realizado por [insert name and degrees of Principal Investigator] del [insert department/division affiliation] en Children’s Hospital Los Angeles (CHLA) [insert other institutions as appropriate]. La investigación está patrocinada por [insert name of sponsor, or remove sentence if inapplicable]. La participación en este estudio es completamente voluntaria.

El propósito del estudio es [explain the purpose of the research in lay language]. Si usted se ofrece como voluntario para participar en este estudio, su participación durará [describe duration of subject participation] e involucrará [describe the procedures chronologically using lay language].

[Suggested text to add if study includes pregnancy testing of minors]

Resultados de su prueba de embarazo no serán compartidos con sus padres.

[Suggested text to add if study includes HIV/STI testing of minors]

Si su prueba de VIH/Infecciones de transmisión sexual (ITS) es positiva y usted tiene por lo menos 12 años de edad, no compartiremos los resultados con sus padres a menos que nos diga que podemos hacerlo.<0} {0>If the test says you have HIV or another kind of STI and you are under the age of 12, the results will be shared with your parent(s).<}74{>Si su prueba de VIH/Infecciones de transmisión sexual (ITS) es positiva y es menor de 12 años de edad, compartiremos los resultados con sus padres.<0}

Esta investigación involucra el riesgo potencial de una divulgación accidental de información confidencial. [List any other associated risks, if applicable]. [Describe any direct benefits. If no direct benefit, please include the following:] Usted no debería esperar ningún beneficio directo como resultado de la participación en esta investigación.

[Describe any anticipated benefits, if any, to science or society expected from the research]. [Describe any alternatives to participation. If no other alternatives, please include the following:] La alternativa para la participación es no participar.

[If the subject will receive payment, describe].

[If the payment is expected to reach $600 or more in a calendar year, please include the following:] Para recibir los pagos, se debe proporcionar al equipo del estudio un número válido del seguro social. Es responsabilidad del receptor cubrir cualquier impuesto adeudado como resultado de estos pagos. Usted tiene derecho a rechazar los pagos si lo desea.

[Describe any financial obligations of the subject. If none, please state so].

Solamente el equipo de investigación [and list any others, if applicable] sabrá que usted es un sujeto de investigación y tendrá acceso a la información que proporcione. Ninguna información se divulgará a otras personas; excepto si es necesario para proteger sus derechos o su bienestar o si la ley lo exige (es decir, que sea perjudicial para sí mismo o para otras personas, que informe de determinadas enfermedades infecciosas). A usted no se le identificará en las publicaciones de los resultados de la investigación. Representantes autorizados del Departamento de Salud y Servicios Humanos (if applicable) y de la Junta de Revisión Institucional de CHLA pueden revisar los expedientes del sujeto, pero deben respetar las reglas de confidencialidad para no revelar su identidad.

Su decisión de participar o no, no tendrá ningún efecto sobre la atención, servicios o beneficios [o empleo, evaluación académica, etc. if applicable] que recibe en Children’s Hospital Los Angeles. Si usted acepta participar, pero después decide retirarse del estudio, puede hacerlo sin afectar sus derechos para recibir atención médica, servicios u otros beneficios en CHLA. Si usted se retira temprano del estudio, es posible que se le pida que complete las siguientes actividades [list reasons or remove this sentence if inapplicable].

El investigador le puede retirar del estudio debido a las siguientes razones [list reasons or remove if inapplicable].

Si tiene preguntas acerca de la investigación o desea denunciar una inquietud o presentar un reclamo sobre la investigación, el Investigador principal [name of PI] puede ser contactado llamando al [phone number]. Puede retirarse de este estudio en cualquier momento y suspender su participación sin sanción. Usted no está renunciando a ningún derecho, recurso o acción judicial debido a su participación en este estudio de investigación. Si tiene preguntas respecto a los derechos de los sujetos de investigación o si tiene reclamos o inquietudes sobre la investigación y no puede comunicarse con el Investigador principal; o solo desea hablar con alguien distinto al Investigador principal, usted puede llamar al Programa de Protección de Sujetos Humanos de CHLA al (323) 361-2265.