**ASENTIMIENTO PARA NIÑOS/NIÑAS/ADOLESCENTES**

**ENTRE 7 Y 17 AÑOS**

Este proyecto de investigación es realizado por el Dr. /a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_del Departamento de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ del Hospital/Universidad\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Estas invitado a participar en este estudio que busca conocer más acerca de un/a examen/enfermedad/remedio/procedimiento llamado \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, en el que estará incluidos otros niños que estén en tu misma condición.

Como parte de este estudio se te pedirá: (Listar todos los procedimientos en lenguaje sencillo). Por ejemplo:

* Contestar algunas preguntas
* Una muestra de sangre/orina/deposición, de tu brazo/boca en un frasco.
* Hacer unas pruebas o ejercicios.

Los riesgos de este estudio son Altos/bajos y todos ellos han sido explicados a tus padres/ a quien te acompaña.

Puede que tú no te beneficies directamente por participar en este estudio, pero tu participación permitirá conocer más sobre tu enfermedad/condición para poder ayudar a otros niños como tú.

No se le pagará ni a tus padres ni a ti por tu participación en este estudio.

Tu participación es libre y voluntaria. Te puedes retirar en cualquier momento aun cuando hayas firmado este documento. Te puedes negar aunque tus padres acepten. En cualquier caso nadie se enojara contigo.

Tu participación en este estudio se mantendrá en secreto, y toda la información y muestras se usaran sólo para los que te estamos contando.

Si quieres o no participar en este estudio, por favor escribe tu nombre en la línea punteada y marca con una X con tu decisión.

Yo,…………………………………………………………………………………………





Quiero participar No quiero participar