**GUIÓN PARA EL CONSENTIMIENTO INFORMADO**

 **VÍA TELEFÓNICA**

**PRESENTACIÓN DEL ESTUDIO PROCESO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Sr./Sra. Buenos Días,

Soy *[Nombre del entrevistador]*, *[Médico, Enfermera, Estudiante de medicina ayudante alumno]* y pertenezco a *[lugar de trabajo del equipo de investigación]*

Lo/la estamos llamando porque usted *[indicar la razón por la cual está siendo invitado a participar]*

Para el equipo de investigación es muy importante contar con la grabación del proceso a partir de este momento….

¿Estaría usted interesado/interesada en participar y grabar el momento del asentimiento

[NO] Muchas gracias por su tiempo.
[SI] Muchas gracias por desear participar.

El propósito de esta información es ayudarle a tomar la decisión de aceptar participar en una *encuesta/entrevista* telefónica que forma parte de una investigación en salud dirigida por X cuyo título es: XXXXX

El objetivo de esta investigación es

Si acepta participar, se le pedirá responder de manera individual y por teléfono, un *cuestionario de xxxx preguntas* / *una entrevista abierta*, lo que le tomará alrededor de xx minutos. Este encuentro telefónico abordará la situación de ……………………….relacionado a…………………………………………….*(describa lo más apropiado, salud, educación, ingresos, hábitos o conductas, etc.).*

Cabe señalar que todo el encuentro telefónico podría ser grabado

Su participación en esta investigación no tiene riesgos. En el caso de que alguna de las preguntas le produzca incomodidad, usted puede dejar de responder en cualquier momento

Su participación en esta investigación no contempla beneficios personales directos y no hay riesgos por participar.En el caso de que alguna de las preguntas le produzca incomodidad, usted puede dejar de responder *el cuestionario*/*la entrevista* en cualquier momento. *(si corresponde)*

Es importante que usted sepa que se guardará confidencialidad de sus datos. Toda la información que usted entregue será usada exclusivamente para los propósitos de esta investigación.

Los resultados obtenidos podrían ser publicados en revistas académicas o libros y/o ser presentados en conferencias, sin embargo, su identidad de los participantes no será revelada.

Su participación en esta investigación es completamente voluntaria. Usted tiene derecho a no aceptar participar y terminar su participación en cualquier momento, sin mediar explicación, y sin consecuencia para usted, con solo finalizar este llamado.

Si tiene preguntas acerca de esta investigación, puede contactar al investigador responsable \_\_\_\_\_, Teléfono\_\_\_\_\_; correo electrónico: \_\_\_\_\_. (esta parte debe señalarse lentamente y ofrecer al participante la opción de tomar nota)

Esta investigación ha sido revisada y aprobada por el Comité Ético Científico de Ciencias de la Salud de la Pontificia Universidad Católica de Chile, por lo que si usted tiene alguna duda, pregunta o reclamo, o si considera que sus derechos no han sido respetados, puede contactar al CEC-Salud UC al mail: eticadeinvestigacion@uc.cl al teléfono 223542397-223548173.

**A continuación indique su interés en participar o no en esta investigación.**

**Nota: si usted responde “Sí”, se entiende que ha consentido participar en la investigación, y se procederá con la entrevista. Por el contrario, si responde “No”, le agradeceremos su tiempo, y daremos por finalizada la llamada**

SÍ, acepto participar \_\_\_\_\_\_

NO, no acepto participar \_\_\_\_\_\_