**FORMULARIO DISPENSA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO**

**CEC-Salud UC**

**I.- IDENTIFICACION DEL ESTUDIO:**

Investigador Responsable:

Título del Estudio:

Fecha de presentación:

**I.- JUSTIFICACIÓN DE LA DISPENSA**

Señale porqué solicita la dispensa del Documento de Consentimiento Informado, justificando porqué la investigación no sería factible sin la dispensa.

Indique:

Sí [ ]  No [ ]  La investigación hará uso de datos sensibles identificables.

Sí [ ]  No [ ]  La investigación y/o sus resultados provocará algún cambio en la conducta clínica hacia los

 participantes

Sí [ ]  No [ ]  Necesitará contactar a los participantes para obtener información adicional

|  |
| --- |
| *Justifique cómo se obtuvo el consentimiento de los participantes para el uso de la información y su proceso de anonimización.* *Describa qué datos usará* |

PARA USO INTERNO DEL CEC-Salud UC

NOMBRE PRE-REVISOR:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

RESOLUCIÓN:

☐ CUMPLE CRITERIO PARA DISPENSA DE PROCESO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

☐ CUMPLE CRITERIO PARA DISPENSA DE DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

 OBSERVACIONES (si corresponde):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 ***CEC-Salud UC 2022***