



**Información para el participante y formulario de consentimiento
informado Versión 1. Fecha 22 de mayo de 2018**

Título del estudio: xxxxxxxxxxxx

Investigadores: [Inserte Nombre del Investigador Aquí]

Coinvestigadores: [Inserte Nombre de Coinvestigadores Aquí]

Entidad (es) donde se desarrolla la investigación o patrocinador.

Universidad del Norte, Departamento de Economía. Km. 5 Vía Puerto
Colombia. Atlántico/Colombia.

[Añada otras direcciones aquí]

Naturaleza y Objetivo del estudio.

Estimado señor(a):

Queremos invitarlo a participar en el estudio: [Inserte Nombre de su proyecto
aquí] cuyo objetivo es [Inserte objetivos generales de su estudio aquí].

Para su participación, necesitamos su autorización:

Propósito del Experimento

[Inserte el propósito general del experimento, evite dar demasiados detalles
para evitar sesgar los resultados experimentales]

Procedimiento

Si usted acepta participar se le solicitará participar en un experimento económico,
en el cual puede recibir recompensas financieras.

Riesgos asociados a su participación en el estudio

No hay ningún riesgo para usted o su familia si deciden participar en este
estudio. Esta es una investigación sin riesgo (Artículo 11, numeral a, resolución
8430 de 1993) por cuanto no se realiza ninguna intervención o modificación
intencionada de variables fisiológicas, biológicas, psicológicas o sociales de los
individuos participantes.

Beneficios de su participación en el estudio

Todos aquellos que participen en este estudio tendrán acceso a los resultados del mismo una vez haya finalizado, además dependiendo de sus decisiones en el experimento puede ganar una suma monetaria de en promedio XX.XXX pesos.

Voluntariedad

Su participación es voluntaria. Si usted decide no participar ó retirarse del estudio en cualquier momento, aun cuando haya iniciado su participación del estudio puede hacerlo sin que esto ocasione una sanción o castigo para usted.

Confidencialidad

Si usted decide participar, garantizamos que toda la información suministrada será manejada con absoluta confidencialidad, sus datos personales no serán publicados ni revelados, el investigador principal se hace responsable de la custodia y privacidad de los mismos.

Compartir los resultados

Los resultados de la investigación se compartirán en tiempos adecuados en publicaciones, revistas, conferencias, etc., pero la información personal permanecerá confidencial.

Conflicto de interés del investigador:

El equipo investigador no tiene conflicto de interés con los participantes ni con los patrocinadores del estudio.

Contacto:

Si tiene dudas puede **comunicarse con el investigador principal [Insertar nombre] en [Departamento académico asociado] al teléfono [Inserta teléfono aquí], Dirección [Inserte dirección aquí] y correo electrónico [Inserte correo electrónico aquí.]**

Datos del comité de ética en investigación que avala el proyecto:

Gloria C Visbal Illera – Presidente Comité de ética en investigación en el área de la salud Universidad del Norte. Kilómetro 5 Vía Puerto Colombia. Bloque F primer piso. Tel 3509509 ext. 3493.

Correo del Comité de Ética en Investigación:

comite_eticaunorte@uninorte.edu.co

Página web del Comité: www.uninorte.edu.co/divisiones/salud/comite_etica

He entendido la información que se expone en este consentimiento y me han respondido las dudas e inquietudes surgidas.

Autorización

Estoy de acuerdo o acepto participar en el presente estudio.

Para constancia, firmo a los ____ días del mes de _____ del año 201X.

Firma y Cedula del participante

Declaración del investigador

Yo certifico que le he explicado a esta persona la naturaleza y el objetivo de la investigación, y que esta persona entiende en qué consiste su participación, los posibles riesgos y beneficios implicados.

Todas las preguntas que esta persona ha hecho le han sido contestadas en forma adecuada. Así mismo, he leído y explicado adecuadamente las partes del consentimiento informado. Hago constar con mi firma.

Nombre del investigador. _____

Firma _____

Fecha (dd/mm/aaaa) _____