

## ***Formulario Corto para Quien no Habla Inglés***

Si usted es un padre de familia debe ponerse en el lugar de su hijo(a) para poder decidir si desea permitir que su hijo(a) participe en este estudio. Por lo tanto, de aquí en adelante la palabra “usted” se refiere a su hijo(a).

Si usted es un niño, un adolescente, o un adulto leyendo este documento, la palabra “usted” se refiere a usted.

Se le solicita que participe en un estudio de investigación.

Antes de tomar la decisión de participar en este estudio, el investigador del estudio le dirá lo siguiente a través de un intérprete:

- La razón del estudio
- Lo que sucederá si decide participar en el estudio
- Los procedimientos que se llevarán a cabo únicamente en este estudio
- Los posibles riesgos, incomodidades y beneficios
- Otras alternativas disponibles para no participar en este estudio
- La manera en la cual se mantendrá su expediente y quien tendrá acceso a el

El investigador le informará lo siguiente si es pertinente a su participación en este estudio:

- A quien puede llamar si considera que ha sufrido consecuencias adversas por participar en este examen; si hay tratamiento disponible; y quien se hará responsable por los costos del mismo
- La posibilidad de riesgos no previstos
- Si habrá algún costo relacionado con su participación en este estudio
- Situaciones en las cuales el investigador podrá retirarlo de este estudio
- Que sucede si decide parar de participar en este estudio y a quien contactar
- Cuando se le informará sobre nuevos hallazgos que puedan afectar su disposición a seguir participando
- La cantidad de personas que participarán en el estudio

Si accede a participar en este estudio recibirá una copia de este documento y un resumen de la investigación por escrito.

Puede contactar a \_\_\_\_\_ en el (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ en cualquier momento si tiene preguntas sobre la investigación o si siente que ha sufrido daños a causa de la misma.

Si tiene preguntas sobre los derechos que tiene como participante en un estudio o lo que puede hacer si sufre algún daño, puede contactar al “*Institute Review Board*” del Centro de salud de la Universidad de la Florida en el (352) 846-1494.

Usted no sufrirá ninguna consecuencia ni se le negarán beneficios sobre los cuales tiene derecho si decide no participar en este estudio o si decide abandonarlo en cualquier momento. Su firma en este documento indica que la información sobre este estudio, incluyendo la antes mencionada, se le ha sido explicada verbalmente y que su participación es voluntaria.

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma de la Persona Obteniendo  
Autorización

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del Testigo

\_\_\_\_\_  
Fecha

---

### OFFICIAL TRANSLATION

**i 2 i language services, inc.** certifies that this document is a faithful and official translation of the original.

Veronica Arenas      1.30.07  
Signature of Translator      Date



i 2 i language services, inc. P.O. Box 2644 Gainesville, FL 32602  
352- 692-1756 [www.i2ilanguageservices.com](http://www.i2ilanguageservices.com)