

**SHORT FORM WRITTEN CONSENT DOCUMENT  
FOR SUBJECTS WHO SPEAK SPANISH**

**DIRECTIONS FOR USE OF THIS TEMPLATE:**

- This is a Spanish translation of the sample Short Form. The English version is available on the IRB website and must also be submitted to the IRB. If no changes are made to this translation (aside from contact information, title of study, PI name) a certificate verifying translation is not necessary as the English translation is available on our website. If any other text is added or changed, a certificate verifying translation will be required.
- Review the document, "Short Form - Instructions for Use" available on the IRB website under Forms.
- Replace bracketed items in the header, such as "[Title of Study]" with the requested information.
- Fill in the contact information as indicated in red text below.
- Delete template instructions.
- Please note: This Short Form **does not** include HIPAA Authorization language.

**Consentimiento para participar en un estudio de investigación.**

Se le pide que participe en un estudio de investigación.

Antes de acceder, el investigador le debe decir lo siguiente:

- (i) Los objetivos, los procedimientos y la duración del estudio;
- (ii) Cualquier procedimiento que sea experimental;
- (iii) Cualquier riesgo razonablemente previsible, molestia y beneficios de la investigación;
- (iv) Cualquier procedimiento o tratamiento alternativo que sea potencialmente de beneficio; y
- (v) Cómo se mantendrá la confidencialidad.

Cuando sea a pertinente, el investigador también le debe informar lo siguiente:

- (i) Cualquier compensación disponible o tratamiento médico si se le causa algún daño;
- (ii) Las posibilidades de riesgos impredecibles;
- (iii) Las circunstancias en las que el investigador puede impedir su participación;
- (iv) Cualquier costo adicional para usted;
- (v) Lo que sucederá si decide dejar de participar;
- (vi) Cuándo se le informará acerca de nuevos hallazgos que puedan afectar su disponibilidad de participar;
- (vii) Cuántas personas participarán en el estudio; y
- (viii) cómo necesita autorizar el uso de su información médica para el estudio.

Si está de acuerdo en participar, se le debe dar una copia firmada de este documento y un resumen escrito de la investigación.

Si tiene preguntas, quejas o preocupaciones acerca de este estudio, puede comunicarse con <<insert name>> al teléfono <<insert phone number>>. Si se tiene que comunicar con alguien por algún daño que

«Institution»
«IRB»
«Image:Stamp»
«Approved» «ApprovedDate»
«Expiration» «ExpirationDate»
«Number»

- Deleted: P
- Deleted: E
- Deleted: I
- Deleted: Le
- Deleted: edimos
- Deleted: aclarar
- Deleted: propósitos
- Deleted: cualquier malestar
- Deleted: que estén relacionados con este estudio
- Deleted: posible o tratamiento alternativo que lo(a) pueda beneficiar
- Deleted: Qué métodos se usarán para mantener su
- Deleted: requiera
- Deleted: económica
- Deleted: un
- Deleted: en caso de que
- Deleted: e
- Deleted: acontecimientos no esperados;
- Deleted: bajo las cuales
- Deleted: a
- Deleted: que corra por su cuenta
- Deleted: usted es quien
- Deleted: odrían
- Deleted: en este estudio
- Deleted: y
- Deleted: rá
- Deleted: recibir
- Deleted: sobre el
- Deleted: estudio.¶
- Deleted: alguna
- Deleted: reclamos
- Deleted: dudas
- Deleted: desea
- Deleted: se
- Deleted: 072012

resulte por participar en este estudio, por favor llame a <<insert name>> al teléfono <<insert phone number>>. Se puede comunicar con <<Insert name>> en ese número durante <<specify hours or state it is a number available 24-hours a day>>.

Si tiene preguntas referentes a sus derechos como participante de investigación o si tiene preguntas, quejas o preocupaciones que siente que no puede hablar con el investigador, por favor comuníquese con la oficina del Comité de Revisión Institucional de la Universidad de Utah por teléfono al (801) 581-3655 o por correo electrónico a [jrb@hsc.utah.edu](mailto:jrb@hsc.utah.edu).

Su participación en este estudio de investigación es voluntaria y no hay ninguna penalización ni pérdida de beneficios si se niega a participar o decide dejar de hacerlo.

El firmar este documento significa que se le describió verbalmente el estudio de investigación, incluso la información anterior y que está de acuerdo en participar de manera voluntaria.

\_\_\_\_\_  
Nombre del participante

\_\_\_\_\_  
Firma del participante

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre del testigo

\_\_\_\_\_  
Firma del testigo

\_\_\_\_\_  
Fecha

- Deleted: haya sufrido
- Deleted: haber participado
- Deleted: podrá localizarlo(a)
- Deleted: (i.e. estos horarios de 8:00 a 5:00)
- Deleted: "all hours" (i.e. todas las horas)
- Deleted: Para cualquier aclaración relacionada con
- Deleted: en este estudio
- Deleted: dudas
- Deleted: NO
- Deleted: cree poder hablar
- Deleted: directamente
- Deleted: el
- Deleted: (Institutional Review Board) al
- Field Code Changed
- Deleted: o
- Deleted: ha explicado
- Deleted: donde participará, incluyendo la información escrita anteriormente y también

	«Institution»
	«IRB»
«Image:Stamp»	«Approved» «ApprovedDate»
	«Expiration» «ExpirationDate»
	«Number»

Deleted: 072012