FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN UNA INVESTIGACIÓN

Research Involving Blood Draw - Consent Version Jan 2019

This consent is appropriate for a single blood draw, with no genetic testing, that will not lead to the creation of any sensitive information, and remaining samples will be destroyed after analysis. You must have a Waiver of Documentation of Consent from CPHS to use this type of consent. Delete these instructions and replace all text in blue with study specific information before submitting to CPHS.

**Título del estudio:** <Add your study title here>

**Patrocinador del estudio:** <Delete this line if your study is not sponsored>

**Investigador principal:** <PI Name, degree, short title>

**Persona de contacto del estudio:** <XXX-XXX-XXXX. If study contact person is different from PI, write the name of study contact here>

**Introducción:** Recibió una invitación para participar en este estudio porque usted tiene <XXX>. Su participación en este estudio es voluntaria. Por favor, haga cualquier pregunta sobre la participación en este estudio.

**Objetivo:** Hacemos este estudio para aprender más sobre <state purpose of the study in simple language>.

**Procedimientos:** Si está de acuerdo en participar en el estudio, <briefly list study procedures>. Extraeremos aproximadamente <amount of blood in ml and teaspoons> de sangre de su brazo. Realizar el estudio tomará aproximadamente <duration of study participation> minutos. No planeamos avisarle lo que encontremos cuando analicemos su sangre. Cuando terminemos las pruebas, destruiremos cualquier muestra de sangre que sobre.

**Beneficios:** No tendrá ningún beneficio de participar en este estudio, sin embargo, los resultados de esta investigación podrían ayudar a <briefly outline benefits of the study>.

**Cancelación de la participación:** Puede cancelar su participación en este estudio en cualquier momento sin ninguna penalidad.

**Confidencialidad:** Cualquier información que permita revelar su identidad, como su nombre o número de registro médico no se vinculará con la muestra de sangre. Después de que removamos todos los identificadores, la información o las muestras podrían usarse para investigaciones futuras o podrían compartirse con otros investigadores sin requerir ningún consentimiento informado adicional de su parte. Si se publican los resultados del estudio, su identidad no se revelará en la publicación.

**Preguntas:** Si tiene alguna pregunta sobre este estudio, por favor, llame a <Study Contact> al XXX-XXX-XXXX.

Si tiene alguna queja, sugerencia o pregunta sobre sus derechos como voluntario de investigación, por favor, comuníquese con el Comité para la Protección de Sujetos Humanos (Committee for the Protections of Human Subjects, CPHS) de UTHealth al 713-500-7943.