

CONSENTIMIENTO INFORMADO



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLÍTICAS DE
SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

CARTEA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio: **"FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A HIPERTENSION ARTERIAL EN ADOLESCENTES DE 12 A 17 AÑOS"**
Patrocinador:

Lugar y fecha:	Veracruz, Ver. 2017
Número de registro:	
Justificación y objetivo del estudio:	Identificar los factores de riesgo asociados a hipertensión arterial en adolescentes de 12 a 17 años de edad
Procedimientos:	Realizar la medición de la presión arterial en un lugar tranquilo en donde el paciente permanezca sentado cómodamente y relajado, inmóvil con el brazo apoyado sobre una mesa u otro tipo de apoyo y con la palma de la mano hacia arriba.
Posibles riesgos y molestias:	Dolor posterior en el sitio de colocación de brazalete
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Detectar oportunamente la presencia de Niveles alterados de cifras tensionales
Información sobre resultado	Se realizará a término un informe detallado de los resultados obtenidos
Participación o retiro:	Su participación en este estudio es completamente voluntaria. Si usted no participa su decisión no afectará su relación laboral con el IMSS y su derecho a obtener los servicios de salud u otros que recibe del IMSS.
Privacidad y confidencialidad:	La información que nos proporcione será guardada de manera confidencial y por separado al igual que sus repuestas y resultados, para garantizar su privacidad.

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:

Investigador Responsable: Dra. Angélica Ochoa Sosa (Tel:2291040043)

Colaboradores: Dr. Pablo Mata Wong (Tel. 2291735456), Dra. Sonia Irma Rojas Carrera (Tel:2291619009).

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: comision.etica@imss.gob.mx y conisecc@cis.gob.mx

_____ Nombre y Firma del Paciente	_____ Nombre y firma de padre o tutor.
Dirección:	
_____ Nombre y firma de testigo	

Declaratoria de Consentimiento Informado. - Se me ha explicado con claridad en qué consiste este estudio, además he leído el contenido de este formato de consentimiento. Me han dado la oportunidad de hacer preguntas y todas han sido contestadas a mi satisfacción. Al firmar este formato estoy de acuerdo en participar en la investigación.

Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio. **Clave: 2810-009-013**

CONSENTIMIENTO INFORMADO



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLÍTICAS DE
SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

CARTEA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio: **"PREVALENCIA DE DISLIPIDEMIA EN ADOLESCENTES DE 12 A 17 AÑOS EN LA UMF**

Patrocinador: **61"**

Lugar y fecha:	Veracruz, Ver. 2017
Número de registro:	
Justificación y objetivo del estudio:	Determinar la prevalencia de dislipidemias en adolescentes de 12 a 17 años en la UMF 61
Procedimientos:	Se tomará medidas antropométricas, para valoración del IMC. Valoración de resultados en niveles de colesterol, triglicéridos y colesterol-LDL.
Posibles riesgos y molestias:	Ninguno
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Detectar oportunamente la presencia de Niveles altos de colesterol y/o triglicéridos en sangre
Información sobre resultado	Se realizará a término un informe detallado de los resultados obtenidos
Participación o retiro:	Su participación en este estudio es completamente voluntaria. Si usted no participa su decisión no afectará su relación laboral con el IMSS y su derecho a obtener los servicios de salud u otros que recibe del IMSS.
Privacidad y confidencialidad:	La información que nos proporcione será guardada de manera confidencial y por separado al igual que sus repuestas y resultados, para garantizar su privacidad.
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:	

Investigador Responsable: Dra. Angélica Ochoa Sosa (Tel:2291040043)

Colaboradores: Dr. Álvaro de Jesús Moctezuma Padrón (Tel. 2991202820), Dra. Sonia Irma Rojas Carrera (Tel:2291619009).

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: comision.etica@imss.gob.mx y conisecc@cis.gob.mx

Dirección:

Nombre y Firma del Paciente

Nombre y firma de padre o tutor.

Nombre y firma de testigo

Declaratoria de Consentimiento Informado. - Se me ha explicado con claridad en qué consiste este estudio, además he leído el contenido de este formato de consentimiento. Me han dado la oportunidad de hacer preguntas y todas han sido contestadas a mi satisfacción. Al firmar este formato estoy de acuerdo en participar en la investigación.

Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio. **Clave: 2810-009-013**



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN
Y POLITICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio:	"Intervención Educativa en adolescentes con diagnóstico de Síndrome Metabólico"						
Patrocinador externo (si aplica):	No						
Lugar y fecha:	UMF 61, Veracruz, Ver. Mayo 2017						
Número de registro:							
Justificación y objetivo del estudio:	Determinar la efectividad de una intervención educativa en adolescentes con síndrome metabólico en primer nivel de atención						
Procedimientos:	Realizar Pláticas						
Posibles riesgos y molestias:	Ninguna						
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Disminuir los factores de riesgo						
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Importancia de los buenos Hábitos Higiénico-dietéticos.						
Participación o retiro:	No se obligara a ningún paciente a participar en el mismo						
Privacidad y confidencialidad:	Se mantendrá total hermetismo de los resultados recabados y discreción del individuo						
En caso de colección de material biológico (si aplica):	<table><tr><td>☐</td><td>No autoriza que se tome la muestra.</td></tr><tr><td>☐</td><td>Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.</td></tr><tr><td>☐</td><td>Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.</td></tr></table>	☐	No autoriza que se tome la muestra.	☐	Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.	☐	Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.
☐	No autoriza que se tome la muestra.						
☐	Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.						
☐	Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.						
Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):							
Beneficios al término del estudio:							
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:							
Investigador Responsable:	Dra. Ceyla Griseel Valenzuela Cornelio						
Colaboradores:	Dra. Angélica Ochoa Sosa/ Dra. Sonia Rojas Carrera						
En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: comision.etica@imss.gob.mx							

Comentado [SR1]: Disminuir los

Nombre y firma del sujeto

Testigo 1

Nombre, dirección, relación y firma

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo 2

Nombre, dirección, relación y firma

Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio

Clave: 2810-009-013

Consentimiento informado



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLÍTICAS DE
SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD**

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio:

Patrocinador:

FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A DISLIPIDEMIAS EN ADOLESCENTES DE 12 A 17 AÑOS DE LA UMF 61

Lugar y fecha:

UMF 61, Veracruz, Veracruz, octubre del 2017

Número de registro:

Justificación y objetivo del estudio:

Realizar un estudio para determinar los factores de riesgo de dislipidemias en adolescentes de 12 a 17 años de la UMF 61

Procedimientos:

Se tomará muestra sanguínea para la determinación de niveles de colesterol y triglicéridos en sangre

Posibles riesgos y molestias:

Dolor en el sitio de punción y/o sangrado

Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:

Detectar oportunamente la presencia de Niveles altos de colesterol y/o triglicéridos en sangre

Información sobre resultado

Se realizará a término un informe detallado de los resultados obtenidos

Participación o retiro:

Su participación en este estudio es completamente voluntaria. Si usted no participa su decisión no afectará su relación laboral con el IMSS y su derecho a obtener los servicios de salud u otros que recibe del IMSS.

Privacidad y confidencialidad:

La información que nos proporcione será guardada de manera confidencial y por separado al igual que sus repuestas y resultados, para garantizar su privacidad.

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:

Investigador Responsable:

Dra. Tania Korina Flores Rodríguez (Tel. 2992162542)

Colaboradores:

Dra. Alejandra Hernández Nava (Tel: 2291480754), Dra. Sonia Irma Rojas Carrera (Tel:2291619009), Dra. Angélica Ochoa Sosa (Tel:2291040043)

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: comision.etica@imss.gob.mx y conisec@cis.gob.mx

Testigo 1

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Nombre y Firma del Paciente

Nombre, dirección, relación y firma

Declaratoria de Consentimiento Informado. - Se me ha explicado con claridad en qué consiste este estudio, además he leído el contenido de este formato de consentimiento. Me han dado la oportunidad de hacer preguntas y todas han sido contestadas a mi satisfacción. Al firmar este formato estoy de acuerdo en participar en la investigación.

Testigo 2

Nombre, dirección, relación y firma

Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio. **Clave: 2810-009-013**