

Copyright © 2015 Banco Interamericano de Desarrollo. Esta obra está bajo una licencia Creative Commons IGO 3.0 Reconocimiento-No Comercial-Sin Obra Derivada (CC-IGO BY-NC-ND 3.0 IGO) (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/igo/legalcode>) y puede ser reproducida para cualquier uso no-comercial otorgando crédito al BID.  No se permiten obras derivadas.

Cualquier disputa relacionada con el uso de las obras del BID que no pueda resolverse amistosamente se someterá a arbitraje de conformidad con las reglas de la CNUDMI. El uso del nombre del BID para cualquier fin que no sea para la atribución y el uso del logotipo del BID, estará sujeta a un acuerdo de licencia por separado y no está autorizado como parte de esta licencia CC-IGO.

Notar que el enlace URL incluye términos y condicionales adicionales de esta licencia.

Las opiniones expresadas en esta publicación son de los autores y no necesariamente reflejan el punto de vista del Banco Interamericano de Desarrollo, de su Directorio Ejecutivo ni de los países que representa.

Carta de Consentimiento Informado – Director Establecimiento de Salud

Nota al adaptador: este texto es un modelo para una carta de consentimiento informado de una encuesta en Establecimientos de Salud. Usted debe reemplazar en el texto los recuadros marcados en rojo.

Estimado Director (a):

El establecimiento de salud que usted dirige, al igual que otros de la [provincia, departamento, país, etc.], ha sido seleccionado al azar para participar en el estudio [nombre del estudio].

Este estudio que realiza [nombre firma encuestadora] por cuenta de [nombre de quien encarga el estudio] tiene por objetivo [objetivo de la encuesta].

La participación suya en esta encuesta, así como la de los otros miembros del personal del servicio de salud, es voluntaria y no habrá ningún perjuicio ni pérdida de beneficios si no desea hacerlo. Durante la entrevista usted puede dejar preguntas sin responder o terminar la entrevista en cualquier momento. Además, las respuestas que usted proporcione serán utilizadas solo para fines del estudio y su confidencialidad está resguardada por [ley o reglamento].

Si usted acepta que el establecimiento que usted dirige participe de esta encuesta, le solicitaremos la información que se detalla a continuación, y que deberá ser respondida por usted mismo y otros profesionales del establecimiento.

En específico se requerirá información acerca de:

* [reemplazar por la lista del tipo de información que se requerirá en el establecimiento de salud]

La entrevista tendrá una duración aproximada de [tiempo de la entrevista], y, eventualmente, el entrevistador podrá regresar en otra ocasión para completar la entrevista.

Si a usted le surgiera alguna duda acerca de esta encuesta puede contactar directamente al responsable del estudio [nombre responsable] al teléfono [número de teléfono responsable].

Recuerde, que la información que usted y los miembros del establecimiento puedan aportar es muy importantes para este estudio.

He leído esta carta y me ha quedado claro su contenido, por lo tanto doy mi autorización, en mi calidad de Director (a), para que se realicen las encuestas en el establecimiento [nombre del establecimiento].

Nombre Director (a): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma del Director/a:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre Encuestador/a:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma del Encuestador/a:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_