



COOK COUNTY HEALTH

Leadership

Toni Preckwinkle
President
Cook County Board of Commissioners

Israel Rocha, Jr.
Chief Executive Officer
Cook County Health

Board of Directors

M. Hill Hammock
Chair of the Board

David Ernesto Munar
Vice Chair of the Board

Robert Currie
Hon. Dr. Dennis Deer, LCPC, CCFC

Mary Driscoll, RN, MPH

Raul Garza

Ada Mary Gugenheim

Joseph M. Harrington

Mike Koetting

Heather M. Prendergast, MD, MS, MPH

Robert G. Reiter, Jr.

Otis L. Story, Sr.

ESTE ES UN DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO ESCRITO DE FORMA CORTA PARA PARTICIPANTES DE LA INVESTIGACIÓN QUE HABLAN ESPAÑOL

ESTE DOCUMENTO DEBE SER ESCRITO EN UNA IDIOMA COMPENSIBLE PARA EL PARTICIPANTE DE LA INVESTIGACIÓN

Se le está pidiendo que participe en un estudio de investigación.

Antes de que usted dé su consentimiento, el investigador debe informarle acerca de (I) el propósito, los procedimientos, y la duración de la investigación; (II) cualquier procedimiento que sea experimental; (III) cualquier riesgo, molestias y beneficios previsibles de la investigación; (IV) cualquier procedimiento o tratamiento alternativos potenciales; y (V) como se mantendrá la confidencialidad.

El investigador también debe informarle acerca de (I) cualquier compensación o tratamiento médico disponibles en caso de que ocurra daño; (II) la posibilidad de riesgos imprevisibles; (III) las circunstancias en las cuales el investigador puede detener su participación; (IV) cualquier costo adicional para usted; (V) qué pasará si usted decide detener su participación; (VI) cuándo será usted informado sobre nuevos hallazgos que puedan afectar su deseo de participar; y (VII) cuántas personas participarán en la investigación.

Si usted acepta participar, usted debe recibir una copia firmada de este documento y un resumen escrito de la investigación.

Usted puede ponerse en contacto con (nombre de investigador) _____ al (número de teléfono) _____ en cualquier momento que usted tenga preguntas acerca de la investigación.

Usted puede ponerse en contacto con el Comité de Revisión Institucional del Sistema de Salud del Condado de Cook a (312) 864-4821, durante horas laborales, si usted tiene preguntas acerca de sus derechos como participante de la investigación.

Su participación en esta investigación es voluntaria y usted no será penalizado ni perderá los beneficios si usted se niega a participar o decide detenerse.

Su firma en este documento significa que la investigación, incluyendo la información antes citada, ha sido explicada a usted oralmente y que usted acepta participar voluntariamente.

Nombre del participante
de la Investigación

Firma del participante
de la investigación

Fecha

Nombre del testigo

Firma del testigo

Fecha

*El testigo puede ser el intérprete, a menos que el intérprete sea también la persona que obtenga el consentimiento.