

## FORMA DE CONSENTIMIENTO

Su hijo/hija ha sido seleccionado(a) para participar en un estudio de investigación que se llevará a cabo como parte de un proyecto/una tesis para la Maestría en la Universidad de Houston-Clear Lake. El propósito de este estudio es . Para participar en este estudio se requiere que . Este estudio durará / se llevará a cabo durante .

Los beneficios de este estudio para su hijo/hija incluyen . Su hijo/hija no corre ningún riesgo al participar en este estudio. (Los riesgos que podrían ocurrir son .) La participación de su hijo/hija es completamente voluntaria y puede dejar de participar en este estudio cuando desee sin ningún tipo de consecuencia. La información recolectada a través de este estudio permanecerá completamente confidencial y será reportada solamente en forma de resumen para que no se puedan identificar los participantes. (Se le asignará un número o un seudónimo para asegurar que su participación sea anónima.)

Si tiene alguna pregunta sobre este estudio, haga el favor de llamar a la directora / al director del proyecto, (nombre del estudiante) al o a la profesora/ al profesor, al (281) 283- .

ESTE PROYECTO HA SIDO REVISADO POR EL COMITE PARA LA PROTECCION DE SUJETOS HUMANOS DE LA UNIVERSIDAD DE HOUSTON-CLEAR LAKE (281) 283-3618.

Conserve la parte superior de esta hoja para su propia información. Gracias por su colaboración.

\*\*\*\*\*

\_\_\_\_\_ Sí, permitiré a mi hijo/hija participar en el estudio acerca de .

\_\_\_\_\_ No permitiré a mi hijo/hija participar en el estudio acerca de .

\_\_\_\_\_  
Firma de los padres

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre del estudiante