**FORMATO 4**

**Participantes Humanos**

\*\*Requerida para todas las investigaciones que involucren participantes humanos que no se lleven a cabo en un Instituto de Investigación Regulada. Si se llevan a cabo en un Instituto de Investigación Regulada, utilice formatos de aprobación para la documentación y revisión.

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre del colaborador 1 (Líder del proyecto): |  |
| Título del proyecto: |  |
| Contacto del Asesor (Teléfono y/o E-mail): |  |

**Debe completarse por el Estudiante(s) en colaboración con el Asesor/Supervisor Designado/Científico Calificado:**

INSTRUCCIONES: Favor de rellenar cada □ con una palomita en caso de respuesta afirmativa y dejar en blanco en caso de respuesta negativa.

|  |
| --- |
| * He presentado mi Plan de Investigación que aborda TODAS las áreas indicadas en la Sección de Participantes Humanos. |
| * He adjuntado cualquier encuesta o cuestionario que usaré en mi proyecto u otros documentos proporcionados a participantes humanos. |
| * Cualquier instrumento publicado fue/fueron legalmente obtenidos |
| * ¿Estás trabajando con un Científico Calificado? En caso de responder si, adjunta el Formato 2. |

Debe ser completado después de revisar el plan de investigación. Todas las preguntas deben ser contestadas para que la aprobación sea válida. (Si no es aprobado, regresar los papeles al estudiante con instrucciones para ser modificado).

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nivel de Riesgo (seleccione uno) | * Riesgo Mínimo | | * Más que Riesgo Mínimo |
| Requiere Científico Calificado | * **Sí** | | * **No** |
| Requiere Supervisor Designado | * **Si** | | * **No** |
| Consentimiento de Menor por Escrito (Requerido para participantes menores) | * **Si** | * **No** | * **No aplica (no hay menores en este estudio)** |
| Permiso de los Padres por Escrito  (Requerido para participantes menores) | * **Si** | * **No** | * **No aplica (no hay menores en este estudio)** |
| Consentimiento de Informado por Escrito (Requerido para participantes de 18 o mayores) | * **Si** | * **No** | * **No aplica (no hay participantes de 18 o mayores en este estudio)** |

Las 3 firmas son requeridas. Ninguno de estos adultos puede ser el adulto mentor, supervisor designado, científico calificado o familiar (ej. Padre, madre) del estudiante.

Apruebo que he revisado el proyecto del estudiante, que las casillas de arriba han sido completadas para la determinación del CRI y estoy de acuerdo con las decisiones marcadas.

**EDUCADOR**

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre: |  |
| Grado/Licenciatura Profesional: |  |
| Firma: |  |
| Fecha de aprobación: |  |

**Administrativo de la escuela**

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre: |  |
| Grado/Licenciatura Profesional: |  |
| Firma: |  |
| Fecha de aprobación: |  |

**MÉDICO O PROFESIONAL DE SALUD MENTAL (un psicólogo, medico, trabajador social certificado, profesional clínico consejero certificado, asistente de médico, o enfermera registrada).**

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre: |  |
| Grado/Licenciatura Profesional: |  |
| Firma: |  |
| Fecha de aprobación: |  |