

Asentimiento informado

ASENTIMIENTO INFORMADO DE MENOR DE EDAD (MAYOR DE 5 AÑOS) PARA LA PARTICIPACIÓN EN INVESTIGACIÓN PARA LA CONSULTA EN HOSPITALIZACIÓN DE PEDIATRÍA

CÓDIGO INTERNO: _____

CONCORDANCIA ENTRE EL GRADO DE DOLOR EXPRESADO POR EL PACIENTE Y EL INTERPRETADO POR EL PERSONAL DE SALUD QUE LABORA EN EL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN DE PEDIATRÍA DEL HUS.

Aplicación escala: _____

Deseamos invitarte a participar en un estudio de investigación propuesto por Angelica Maria Pineda Parra, estudiante de posgrado de la Universidad Industrial de Santander (UIS) para graduarme como pediatra. Esta investigación se hará con los niños hospitalizados en el servicio de pediatría. Los investigadores principales, son: Doctora, Angélica María Pineda, que está estudiando para ser pediatra de la UIS y el Dr. Omar Gomezese, especialista en dolor y profesor de la Universidad.

Con este documento, nos permites aplicar unas escalas que nos ayudaran a entender cuál es el grado de dolor que puedes estar sintiendo en este momento, y así poderte aliviar o que baje a lo mínimo posible. Sino presentas ningún dolor, esta información también será importante para nosotros.

Si aceptas estar en nuestra investigación científica, hablaremos con tus papás y contigo para poder responder varias preguntas necesarias.

Puedes hacer preguntas las veces que desees, en cualquier momento de la investigación científica. Además, puedes parar cuando desees, incluso después de haber dicho que sí querías participar. Nadie puede enojarse contigo si decides que no quieres continuar dentro de la investigación.

Primero te explicare con una imagen, vas a ver colores que empiezan en el blando y se va a ir oscureciendo, esos colores me muestran como esta tu dolor, por lo que solo tienes que señalar cual color eres. Si después de explicarte, no quiere señalar un color, no nos enojaremos contigo. Esto no te generara ningún



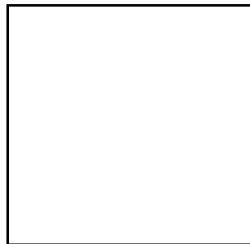
riesgo ni molestia. Cuando termine de preguntar a otros niños si tienen dolor, presentare mis resultados en un evento donde se reúnen muchos científicos o lo escribiré para una revista de científicos, pero con el permiso de tu papa, me asegurare que nadie sepa que tú me ayudaste

Si firmas este papel, significa que lo leíste o alguien te lo leyó, y que deseas participar. Si no deseas hacerlo, no lo firmes. Recuerde que tu decides y nadie puede molestarte con contigo si no firmas estepapel, además si tu decisión inicial fue participar y luego ya no quieres, puedes retirar tu asentimiento y toda la información que aportó. Al firmar este documento, nos autorizas a recolectar, almacenar, usar y conservartus datos personales, que sólo los usaremos para este estudio.

Nombre completo del participante | Documento

Firma del participante del estudio:

Huella del paciente del estudio



Firma del investigador: _____

Fecha: _____

Testigo No. 1

Nombre: _____ **Tipo y numero de documento:** _____



Dirección: _____ Parentesco _____

Firma: _____

Huella dactilar

Testigo No. 2

Nombre: _____ Tipo y numero de documento: _____

Dirección: _____ Parentesco _____

Firma: _____

Huella dactilar