

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE HONDURAS
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
UNIDAD DE INVESTIGACION CIENTIFICA
IHADFA
SECRETARIA DE SALUD

Prevalencia del uso de alcohol y otras drogas y factores relacionados en población general en las áreas de influencia atendidas por los médicos en servicio social, año 2018-2019.

CONSENTIMIENTO INFORMADO.

Mi nombre es: _____ soy Médico en servicio social de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Honduras, le quiero decir que la Unidad de Investigación Científica y el IHADFA están realizando una investigación para saber ¿Cuál es la Prevalencia de del uso de alcohol y otras drogas y factores relacionados en población general en las áreas de influencia atendidas por los médicos en servicio social, año 2018-2019.

Este estudio va a proporcionar información de la situación de las personas que usan alcohol y otras drogas y factores relacionados en el ámbito nacional, los hallazgos encontrados permitirán contribuir al desarrollo de políticas públicas necesarias para la implementación de programas de diagnóstico y manejo oportuno para mejorar la calidad de vida y participación de esa población. Esta información está siendo recolectada por personal de salud debidamente capacitado en el tema.

Por tal razón se le solicita participar en el estudio, si usted decide colaborar deberá firmar un documento donde se dice que usted entendió lo que se le explico y accede a contestar preguntas sobre la salud, de un familiar que vive con usted y que usan alcohol u otras drogas. Se le dará la copia de este documento. Estas evaluaciones se harán únicamente para dar cumplimiento a los objetivos del estudio y no se utilizarán para investigaciones posteriores.

La participación en este estudio es completamente voluntaria, puede retirarse en cualquier momento de la entrevista sin sufrir de ningún tipo de represalia. Los beneficios que obtendrá en este estudio son: Conocer cómo está la condición de salud de su familiar, referirlo a un nivel superior de atención si fuera necesario.

No recibirá ninguna retribución económica por su participación en este estudio, pero si recibirá información y orientación sobre el estado de salud de su familiar y si requiere se le remitirá al Centro de Salud o Hospital para su evaluación. El estudio tiene riesgo mínimo. Se le hará una entrevista de 20 minutos que nos orientara sobre el estado de salud de su familiar.

Toda la información que dé será confidencial y solo será conocida por las personas que trabajen en el estudio; además si se llegaran a publicar los resultados del estudio su identidad no será revelada. Habiendo recibido y entendido las explicaciones pertinentes.

Yo, _____, acepto voluntariamente mi participación en este estudio y estoy dispuesto a responder todas las preguntas que se me hagan. Entiendo que existe el riesgo de sentirme incomoda con las preguntas que me harán.

Si Usted tiene alguna pregunta o duda sobre el estudio se puede comunicar a mi teléfono: _____ o con el Dr. Denis Padgett Coordinador del Comité de Ética de la Facultad de medicina al teléfono 22 39 01 31

Firma o huella del Participante

Firma o huella del Responsable

Lugar _____ Fecha _____