

## CONSENTIMIENTO INFORMADO

Título de la Investigación: [título de la investigación]

Nombre de los investigadores: [nombre estudiante 1] ([XXXX@uniandes.edu.co](mailto:XXXX@uniandes.edu.co)) [nombre estudiante 2 si aplica] ([XXX@uniandes.edu.co](mailto:XXX@uniandes.edu.co))

Nombre de la persona que participará en la Investigación: \_\_\_\_\_ . Fecha: \_\_\_\_\_ .

Estimado(a) participante,

El propósito de este consentimiento informado es proveer a los participantes en esta investigación una clara explicación de la naturaleza de la misma, así como el rol que desempeña en esta.

Este estudio, se desarrolla en el marco de [tesis doctoral/tesis maestría/curso] del [nombre del departamento] de la Facultad de Ingeniería de la Universidad de los Andes. La presente investigación es realizada por los estudiantes [nombre estudiante 1] y [nombre estudiante 2 si aplica] y asesorada por el/la profesor(a) [nombre del asesor o asesores de la investigación] de la misma institución.

El objetivo de esta investigación es [escribir el objetivo de manera resumida y clara]. La investigación se ha venido realizando desde [fecha inicio] y finalizará en [fecha final].

En este estudio, se le pedirá probar un juego de video, un ambiente de realidad virtual o estar expuesto de manera prolongada a cualquier tipo de pantalla [dejar únicamente lo que aplique según sea el caso] y se evaluará la percepción sensorial que tiene de estos por medio de unas preguntas con la finalidad de recoger información sobre [escribir cual es la información que le interesa recoger y brindar una descripción del tipo de preguntas]. En este estudio usted tendrá que observar una pantalla directamente o usar unos lentes/gafas de realidad virtual [dejar únicamente lo que aplique según sea el caso] y estará en un espacio controlado y supervisado por los investigadores en todo momento [información adicional del tipo de prueba o ensayo a llevar a cabo]. Esto tomará aproximadamente [tiempo que llevará realizar la prueba] minutos de su tiempo y se llevará a cabo en [especificar el lugar donde se realizará la prueba].

Los datos que usted proporcione en este estudio estarán resguardados anonimizados y serán almacenados en el repositorio de [escribir donde se almacenaran los datos]; a estos datos solo tendrán acceso investigadores(as) de esta investigación y no se divulgarán los datos individuales. [añadir alguna información adicional sobre la seguridad/manejo de los datos y especificar si estos datos van a ser usados en la publicación de un artículo o un trabajo de grado. Si los datos se van a usar para un trabajo de grado se debe aclarar que la comunidad de la Universidad de los Andes tendrá acceso al documento derivado del trabajo de grado por medio de la biblioteca virtual de la Universidad].

Si usted decide participar en este estudio existe el riesgo que se incurra en síntomas como astenopia, mareos, vista alterada, espasmos musculares u oculares, fatiga visual, dolores de cabeza, desorientación.

Por otro lado, se aclara que existe un pequeño porcentaje de personas que puede sufrir convulsiones involuntarias, ataques epilépticos o desmayos (no detectados previamente o en personas sin antecedentes); cuando se ve expuesto a ciertos destellos, imágenes intermitentes, exposición a ciertos diseños o fondos en las pantallas o la reproducción de juegos de video. Si usted, o algún familiar, padece epilepsia o ha sufrido algún tipo de desmayo, [ escribir si existe otro riesgo asociado]; desista de participar en esta investigación. Si llega a sentir algún síntoma, coménteles de inmediato al responsable de la investigación. Recuerde, que en cualquier momento podrá pausar la actividad y descansar, o simplemente abandonar la actividad si lo desea. Tenga presente que tomamos todas las precauciones necesarias para minimizar al máximo los riesgos asociados y que durante todo momento se va a respetar su bienestar, reconocimiento, dignidad e integridad corporal con la finalidad de que no sufra ningún daño físico o psicológico. Puede acudir al departamento médico de la universidad en caso de cualquier emergencia [esto sólo aplica si se va a trabajar con población de la comunidad Uniandes, en caso contrario se debe eliminar esta aclaración].

Su participación en este estudio es completamente voluntaria y no tiene ningún costo o compensación económica. Asimismo, puede interrumpir su participación en cualquier momento sin penalización. Si desea interrumpir la investigación, no se utilizará la información recopilada. Agradecemos su participación en el estudio y le solicitamos, si tiene preguntas o comentarios, contactar a [nombre estudiante], por medio del correo [XXX@uniandes.edu.co](mailto:XXX@uniandes.edu.co)

Por favor, firme este documento en caso de estar de acuerdo con este consentimiento informado y con participar voluntariamente en el estudio. Al firmar también, verifica que entiende toda la información de este formulario y que el investigador ha respondido a todas y cada una de las preguntas que le surgieron sobre este estudio. Sus respuestas serán completamente anónimas y no serán asociadas con la firma/nombre de este documento.

#### **AUDIO/VIDEO/FOTOGRAFIA:**

- Acepto ser grabado en audio y video o fotografiado durante el estudio de investigación.
- Acepto que la grabación de audio y la grabación de video o la foto se pueden usar en publicaciones o presentaciones.
- No acepto que la grabación de audio y la grabación de video o la foto se puedan usar en publicaciones o presentaciones.
- No acepto que se me grave en audio ni en video ni se me fotografíe durante el estudio de investigación.

Información de contacto:

[nombre del responsable de la investigación]

Comité de Ética de la Facultad de Ingeniería

Tel: [celular de la persona responsable]

Correo: [etica-ing@uniandes.edu.co](mailto:etica-ing@uniandes.edu.co)

Correo: [correo de la persona responsable]

---

Firma del participante

cc

---

Firma del investigador

cc