



## CONSENTIMIENTO INFORMADO Estudio Observacional

**Título: “Terapia cognitivo-conductual del insomnio: experiencia en centro especializado en sueño en Chile”**

**Investigador Responsable:** Alvaro. Vidal Santoro, neurólogo, teléfono 229023008, drvidalsantoroneuro@gmail.com

Se le invita participar en un proyecto de investigación que está estudiando las características de los pacientes sometidos a terapia cognitivo conductual del insomnio en clínica Somno. El objetivo de este trabajo es describir esta terapia en la primera experiencia chilena. Usted es invitado por haber sido tratado con terapia cognitivo conductual para el insomnio.

Su participación consistirá en autorizar el uso anónimo de sus datos clínicos y en responder la encuesta online CRES-4.

Al participar en este estudio, usted autoriza que los datos obtenidos mediante entrevista, evaluación clínica y exámenes sean utilizados con fines académicos. (ej: presentaciones y trabajos en congresos, artículos en revista médicas, clases teóricas) manteniendo en anonimato su identidad.

- A) **Posibles riesgos del estudio** para los sujetos participantes: No considera procedimientos invasivos, ni riesgos para los participantes.
- B) **Posibles beneficios.** Los posibles beneficios que se obtendrán de la participación del estudio son contribuir con la investigación científica en el área del sueño en nuestro país.
- C) **Revocación del consentimiento:** Usted podrá retirarse de este estudio en cualquier momento sin ser obligado/a dar razones y sin que esto perjudique su calidad de paciente o usuario/a.
- D) **Publicación científica y confidencialidad:** Los resultados de este estudio pueden ser publicados, pero su identidad no será revelada y sus datos clínicos permanecerán en forma confidencialidad, a menos que su identidad sea solicitada por ley, en conformidad en lo establecido Ley N° 19.628, sobre protección de la vida privada.

Cualquier pregunta que quiera hacer con relación a mi participación en este estudio deberá ser contestada por el Investigador Responsable cuyos datos de contacto se encuentran al inicio de este documento. También podrá resolver mis dudas el Presidente del Comité de Ética Científica Dra. Tatiana Reyes Rubio en el teléfono: (+562)29766095.

Al firmar el presente documento, declaro que:

1. Se me ha explicado y he entendido lo señalado precedentemente.
2. Mi consentimiento está dado voluntariamente sin que haya sido forzado u obligado.
3. Se me ha explicado que tengo derecho a revocar mi consentimiento para participar en este estudio, sin que ello genere para mi pérdida de ninguna especie.



NOMBRE DEL INVESTIGADOR:

FECHA:

FIRMA:

NOMBRE DEL PARTICIPANTE:

FECHA:

FIRMA:

DIRECTOR DE LA INSTITUCIÓN O SU MINISTRO DE FE:

FECHA:

FIRMA:

REVOCACION

Con esta fecha, revoco mi consentimiento de participar en este estudio.

NOMBRE DEL PARTICIPANTE:

FECHA:

FIRMA: