9. Anexos

ANEXO 1. CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Proyecto de Investigación: *"IMPLEMENTACIÓN DE UN PLAN DE ALIMENTACIÓN ALTO EN ZINC Y SELENIO PARA REGULAR LA FUNCIÓN TIROIDEA COMO ALTERNATIVA EN EL TRATAMIENTO DE HIPOTIROIDISMO EN PACIENTES PEDIÁTRICOS Y CON SÍNDROME DE DOWN DEL HOSPITAL PARA EL NIÑO POBLANO "*

Investigadores:

Responsable del proyecto: Mayra Andrea Venancio Pérez
Director externo: Dr. Juan Manuel Aparicio Rodríguez
Director interno: Dr. José Daniel Lozada Ramírez
Asesor metodológico: Mtra. María Fernanda Zerón Rugerio
Sede donde se realizará el estudio: Hospital para el Niño Poblano; Boulevard del Niño Poblano 5307, San Andrés Cholula.

PARA LA PARTICIPACIÓN EN EL PROYECTO DE INVESTIGACION

Nombre de Paciente_____
Registro_____
Lugar_____ Fecha _____de_____del 2015.

Por este conducto hago constar que acepto participar voluntaria y libremente (con la autorización de mis padres en caso de ser menor de edad), en el proyecto de investigación titulado: *IMPLEMENTACIÓN DE UN PLAN DE ALIMENTACIÓN ALTO EN ZINC Y SELENIO COMO COADYUVANTE EN EL TRATAMIENTO DE HIPOTIROIDISMO EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON SÍNDROME DOWN DEL HOSPITAL PARA EL NIÑO POBLANO "***,** el cual se realiza con fines de investigación no lucrativos, con el objetivo de regular mi función tiroidea través de mi alimentación.

Se me ha informado que se requiere mi participación para la toma de medidas antropométricas (peso y talla) y de mis padres para la aplicación de mi plan nutricional en casa y proporcionar datos para mi historia clínica. Además de la disponibilidad para la toma de laboratorios que solicite mi médico.

La información obtenida me será dada al finalizar el estudio en el transcurso seis meses o antes de encontrarse algún dato relevante, el cual será transmitido a mi médico para recomendar un manejo preventivo del hipotiroidismo u otro. En caso de no encontrar una causa dentro de los mecanismos que se explorarán en el estudio, los estudios realizados serán informados de igual forma a mi médico para que tome las medidas preventivas que considere necesarias.

La investigadora responsable se ha comprometido a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca de los procedimientos que se llevarán a cabo; además de que me proporcionará material educativo para llevar a cabo mi plan alimentario, así mismo, estoy

enterada sobre los posibles inconvenientes (derivados de la disponibilidad de los alimentos y preparación de los mismos), así como de los beneficios derivados de mi participación en el estudio. La investigadora responsable me ha garantizado que se mantendrá la confidencialidad de mis datos personales y permaneceré en anonimato en cualquier información generada del estudio, ya sea en forma de bases de datos o que se difunda en las presentaciones o publicaciones derivadas de este proyecto y estudios relacionados. La investigadora también se ha comprometido a proporcionarme toda la información que le solicite del estudio, aunque ésta pudiera hacerme cambiar de parecer respecto a mi permanencia en el mismo y me ha garantizado que dicha decisión en nada afectará mi atención médica. Recibiré una copia de este documento en garantía de los compromisos de la investigadora responsable para conmigo, teléfonos y correo electrónico para contactarla en caso de requerir cualquier aclaración.

_____ _____

Nombre y firma del paciente o padre o tutor y fecha

Mayra Andrea Venancio Pérez

Investigadora Responsable

_____ _____

Dr. Juan Manuel Aparicio Rodríguez

Testigo

SI ( ) NO ( ) Deseo conocer el resultado de ésta investigación en la que estoy participando.