**Protocolo de caracterización clínica ISARIC / OMS para infecciones emergentes graves**

**HOJA DE INFORMACIÓN PARA NIÑOS MENORES DE 12 AÑOS**

1 de febrero de 2020. Versión 3.1 / 4 de abril 2020

Se les pide a los padres / tutores / cuidadores que revisen esta información con sus hijos. Considere usar la hoja de dibujos animados para ayudar a explicar el estudio a los niños pequeños.

**Pregúntele al personal del estudio si usted o su hijo/hija tienen alguna pregunta.**

Queremos descubrir por qué un problema en tu pecho te está haciendo sentir mal, así podremos ayudar a otros niños como tú.

**Qué significa esto para mi?**

Para ayudarnos a descubrir más sobre lo que te está haciendo sentir mal a ti y a otros niños, recopilaremos información de tu historia clínica cuando esté en el hospital.

**¿Tengo que participar?**

Depende de ti y de tus padres decidir si debe participar para ayudarnos. Si no quieres participar, entonces no tienes que hacerlo.

De cualquier manera, tu decisión no afectará tu atención y tratamientos médicos de manera alguna.

**¿Qué pasará con la información?**

Toda la información sobre usted se mantendrá privada. Solo las personas responsables de su atención y de este estudio sabrán que usted estuvo involucrado en este estudio.

**¿Hay algún beneficio en participar en este estudio?**
No. Al ayudarnos a descubrir más sobre por qué está enfermo, podremos ayudar a cuidar mejor a los niños en el futuro.

**FORMULARIO DE ENTREGA DE NIÑO JOVEN (<12 AÑOS)**

**Protocolo de caracterización clínica ISARIC / OMS para infecciones emergentes graves**

**Marque las casillas si está de acuerdo. Si no está de acuerdo, deje las casillas vacías.**

|  |  |
| --- | --- |
| Me han informado sobre el estudio y me han dado la hoja de información al respecto y he tenido la oportunidad de hacer preguntas. |   |
| Sé que no tengo que participar. Si lo hago, puedo cambiar de opinión: los médicos y las enfermeras aún me cuidarán. |   |
| No me importa si alguien que realiza la investigación revisa mis registros médicos y recopila mi información; sé que las personas que realizan el estudio mantendrán en privado lo personal sobre mí. |   |
| Entiendo que me pueden recoger muestras para el estudio cuando estoy en el hospital. |   |
| Acepto participar  |   |

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre del tutor / cuidador : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre de la persona que toma el consentimiento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Gracias por su ayuda con esta importante investigación.**

ISARIC CCP PIS ASSENT FORM NIÑOS 01FEB2020 v3.1

Adaptado y revisado: 2 de mayo de 2020