

## FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

**Este Formulario de Consentimiento Informado se dirige a hombres y mujeres que son atendidos en el centro de Salud tipo C, Conocoto y por medio del cual se les invita a participar en la investigación,** “Medición de la continuidad de la atención intraepisodio en los pacientes que accedieron al servicio en el Centro de Salud De Tipo C, Distrito 17D08 de Conocoto, a través del Contact Center, en el periodo Enero a Diciembre del año 2016”

**Nombre del Investigador Principal:** Érica Paulina Carvajal Cerón

**Nombre de la Organización:** Pontificia Universidad Católica del Ecuador

**Nombre del Patrocinador:** Ministerio de Salud Pública, Coordinación Zonal 9, Distrito 17D08

PROTOCOLO DE TESIS PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE MAGÍSTER EN SALUD PÚBLICA CON MENCIÓN EN INVESTIGACION DE SERVICIOS Y SISTEMAS DE SALUD

Hola, mi nombre es Érica Carvajal Cerón, soy estudiante de posgrado de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, estamos llevando a cabo una investigación en marco de la Tesis de Grado para la obtención del Título de Magister en Salud Pública con mención en Investigación de Servicios y Sistemas de Salud, en conjunto el Ministerio de Salud Pública, nuestro objetivo es “Medir la continuidad intraepisodio en los pacientes que accedieron al servicio de consulta externa a través de la herramienta tecnológica implementada para reducir la barrera de acceso el Contact Center en el Centro de Salud De Tipo C, Distrito 17d08, Conocoto, Enero – Diciembre 2016”.



Consideramos que la atención debe ser continua, ya que nos permite tener una secuencia lógica sin interrupciones, permanente de todas y cada una de las acciones que han sido necesarias para proporcionar la atención a un paciente que presentaba problemas de salud.

“La falta de continuidad en la atención del individuo reduce la eficacia de la atención de salud e incrementa sus costos”. (Mercenier, 1997, p. 55).

Esta investigación incluirá la revisión de las historias clínicas y una encuesta corta vía telefónica.

Estamos invitando a todos los pacientes que ha solicitado una atención en el servicio de consulta externa durante el año 2016 en el centro de salud tipo C de Conocoto.

Su participación en esta investigación es totalmente voluntaria. Usted puede elegir participar o no hacerlo. Tanto si elige participar o no, continuarán todos los servicios que reciba en este centro de salud y nada cambiará. Usted puede cambiar de idea más tarde y dejar de participar aun cuando haya aceptado antes.

Durante la investigación, se realizará una revisión de la historia clínica para determinar los motivos por los cuales accedió a una cita médica en el centro de salud tipo c de Conocoto. Posteriormente se procederá a una encuesta telefónica a todos los pacientes que no hayan asistido a su cita médica subsecuente.

La investigación durará 60 días/ o, 2meses en total.

Durante ese tiempo, no será necesario que venga al establecimiento de salud, sin embargo si le solicitamos comedidamente que este pendiente a su teléfono celular o teléfono convencional para la encuesta telefónica. Al finalizar los dos meses, se finalizará la investigación

Como ya se mencionó anteriormente, al ser una investigación dentro de los servicios de salud, específicamente revisión de historias clínicas, no existe efectos secundarios, riesgos, molestias que afecten su integridad.

Si usted participa en esta investigación, no tendrá beneficios. Sin embargo se debe mencionar que puede que no encuentre beneficio para usted, pero es probable que su participación nos ayude a encontrar una respuesta a la pregunta de investigación y proporcionar una mejor visión del problema que se está investigando. Puede que no haya beneficio para la sociedad en la presente estado investigación, pero es probable que generaciones futuras se beneficien.

Se debe mencionar que no se le dará proporcionara dinero o regalos por formar parte en esta investigación.

Con esta investigación, se realiza algo fuera de lo común en su lugar de residencia. Y es probable que otros miembros al saber que usted participa, pudieran realizarle unas preguntas.

Nosotros no compartiremos la identidad de las personas que participen en la investigación. La información que recojamos por este proyecto de investigación se mantendrá confidencial. La información acerca de usted que se recogerá durante la investigación será puesta fuera de alcance y nadie sino los investigadores tendrán acceso a verla. Cualquier información acerca de usted tendrá un número en vez de su nombre. Solo los investigadores sabrán cuál es su número y se mantendrá a la información como confidencial. No será compartida ni entregada a nadie excepto el responsable del área de admisión, Director de la unidad, quien tendrá acceso a la información, tal como patrocinadores de la investigación, Pontificia Universidad Católica del Ecuador, Ministerio de Salud Pública, etc.

El conocimiento que obtengamos por realizar esta investigación se compartirá con usted antes de que se haga disponible al público. No se compartirá información confidencial

Usted no tiene por qué tomar parte en esta investigación si no desea hacerlo. Puede dejar de participar en la investigación en cualquier momento que quiera. Es su elección y todos sus derechos serán respetados.

Si tiene cualquier pregunta puede hacerlas ahora o más tarde, incluso después de haberse iniciado el estudio. Si desea hacer preguntas más tarde, puede contactar a la siguiente persona:

Ing. Estad. Erica Carvajal Cerón, estudiante del Posgrado en la Maestría de Salud Pública, Federico González Suarez y 18 de Mayo, 0991223875, [ericaccestadistica@gmail.com](mailto:ericaccestadistica@gmail.com)

Esta propuesta ha sido revisada y aprobada por la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, por medio del comité de bioética, cuya tarea es asegurarse de que se protege de daños a los participantes en la investigación. Si usted desea averiguar más sobre este comité, contacte.

Pontificia Universidad Católica del Ecuador, Av. 12 de Octubre 1076 y Roca, Telf.:(593)2991700

He sido invitado a participar en la investigación. Entiendo que mi historia clínica será revisada y posteriormente se me realizará una encuesta telefónica. He sido informado de que no existen riesgos. Y de la misma forma no existirán beneficios para mi persona. Se me ha proporcionado el nombre de un investigador que puede ser fácilmente contactado usando el nombre y la dirección que se me ha dado de esa persona.

Me ha sido leída la información proporcionada. He tenido la oportunidad de preguntar sobre ella y se me han contestado satisfactoriamente las preguntas que realice.

Consiento voluntariamente participar en esta investigación como participante y entiendo que tengo el derecho de retirarme de la investigación en cualquier momento sin que me afecte en ninguna manera mi cuidado médico.

Nombre del Participante \_\_\_\_\_

Firma del Participante \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

Día/mes/año

He leído con exactitud o he sido testigo de la lectura exacta del documento de consentimiento informado para el potencial participante y el individuo ha tenido la oportunidad de hacer preguntas. Confirmando que el individuo ha dado consentimiento libremente.

Nombre del Investigador \_\_\_\_\_

Firma del Investigador \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

Día/mes/año

Ha sido proporcionada al participante una copia de este documento de Consentimiento

Informado \_\_\_\_\_(iniciales del investigador/asistente)