**NCI CIRB Signatory Institution Boilerplate Language**

***University of Miami***

**INFORMACIÓN LOCAL DEL CONTACTO**

**TITULO:** […]

**Núm. del protocolo.:** [Num. de Protocolo del Patrocinador]

UM eProst núm. [...]

**PATROCINADOR:** [Nombre del Patrocinador]

**Investigador:** Dr. [ Nombre del Investigador Principal]

University of Miami – Sylvester Comprehensive Cancer Center

1475 NW 12th Avenue

Miami, Florida 33136

United States

**NÚMEROS TELEFÓNICOS** Dr. [ Nombre del Investigador Principal],

**RELACIONADOS**

**CON EL ESTUDIO: [**Número telefónico, horas laborales] (oficina)

305-243-1000 (24 horas)

**TÉRMINOS UTILIZADOS PARA COMPENSAR LESIONES**

Si se lesiona o se enferma como resultado de su participación en el estudio, el tratamiento estará disponible en la mayoría de las ocasiones. Si cuenta con algún plan de seguro, su compañía de seguros podrá o no pagarle los costos incurridos. Si no cuenta con un plan de seguro, o si su compañía de seguros se niega a cubrir los gastos, los gastos totales serán obligación de usted mismo. En este estudio, no se dispone de recursos monetarios para compensar el dolor, los gastos, los salarios perdidos y otros daños causados por la lesión. Esta política no le impide recurrir a la vía legal para obtener compensación a través de procedimientos legales.

**MI FIRMA ACEPTANDO PARTICIPAR EN EL ESTUDIO**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre en letra a mano del participante

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del participante (si procede / mayor de X años) Fecha

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre en letra a mano del padre o representante legal*, si procede*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del padre/representante legal*, si corresponde* Fecha

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre en letra a mano del padre o representante legal*, si procede*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del padre/representante legal*, si corresponde* Fecha

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre en letra a mano del testigo*, si procede*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del testigo*, si procede*  Fecha

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre en letra a mano de la persona que obtiene el consentimiento

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma de la persona que obtiene el consentimiento Fecha