### This template is intended for use with Medical Exempt protocols only

### Instructions are in blue; bolded items must be included.

### *Before submission to the IRB*: Remove instructions and any bold emphasis.

* Consider using large font if you anticipate recruiting participants with visual impairments, e.g., older populations, or for eye studies

**DESCRIPCIÓN:** Lo invitamos a participar en **un estudio de investigación** sobre (*describe project in non-technical language; include types of questions that will be asked, if applicable; explain* ***propósito*** *of the research)*. Se le pedirá que *(describe* ***procedimientos****; mention video/audio taping, if applicable, and what will become of tapes after use, e.g., shown at scientific meetings; describe the final disposition of the tapes)*. Su participación en esta investigación es voluntaria y tiene la libertad de retirar su consentimiento en cualquier momento.

*If the research involves deceiving the subjects regarding the nature or purposes of the research (Category 3 only), participants must be informed that they will be unaware of or misled regarding the nature or purposes of the research*. *Here is a sample deception disclosure statement:* Los estudios a veces contienen engaños. Al continuar participando en este estudio, usted acepta el posible engaño y entiende que los investigadores le informarán al final del estudio sobre cualquier engaño utilizado.

**DURACIÓN DE LA PARTICIPACIÓN:** Su participación tomará alrededor de *(insert* ***duración****).*

**PAGOS:** Recibirá *(describe reimbursement; where there is none, state as such)* como pago por su participación.

**PRIVACIDAD Y CONFIDENCIALIDAD:** Los riesgos asociados a este estudio son (*describa los riesgos previsibles para los participantes; si no hay ninguno, indíquelo*)*.* Los datos del estudio se almacenarán de forma segura, de conformidad con las normas de Stanford University para minimizar el riesgo de violación de la confidencialidad.Se mantendrá la privacidad de su persona durante la investigación y en todos los datos publicados y escritos que resulten del estudio. *If identities will be disclosed, provide details and include the following statement:* Con su permiso, se dará a conocer su identidad en los materiales escritos que resulten del estudio.

**INFORMACIÓN DE CONTACTO:**

*Preguntas:*Si tiene alguna pregunta, preocupación o queja sobre esta investigación, sus procedimientos, riesgos y beneficios, comuníquese con el director del protocolo,*(name and phone number of Protocol Director).*

**Contacto independiente:** Si no está satisfecho con el modo en que se lleva a cabo este estudio o si tiene alguna inquietud, queja o pregunta general sobre la investigación o sus derechos como participante, comuníquese con el Comité de Revisión Institucional (*Institutional Review Board*, IRB) de Stanford para hablar con alguna persona que sea independiente del equipo de la investigación al 650-723-5244 o a la línea gratuita 1-866-680-2906.  Asimismo, puede escribir al IRB de Stanford a Stanford University, 1705 El Camino Real, Palo Alto, CA 94306.

*(If applicable)* Contacto para citas: Si necesita cambiar su cita, comuníquese con *(name)* al *(phone number).*

*(If applicable)* Con su permiso, la entrevista se grabará en audio. Si no desea que se lo grabe en audio, comuníqueselo al investigador.

*(If applicable)* Con su permiso, la entrevista se grabará en video. Si no desea que se lo grabe en video, comuníqueselo al investigador.

*(If applicable)* Con su permiso, las grabaciones de este estudio se utilizarán para *(describe proposed use of recordings)*: Si no está de acuerdo, comuníqueselo al investigador. *(Please note, this option is applicable if the recordings are used for purposes that are not part of this research project, e.g. future analysis, professional presentations, etc)*

*(If applicable)* Con su permiso, se revelará su identidad en los materiales escritos que resulten del estudio. Si no desea que se revele su identidad, comuníqueselo al investigador.

The paragraph below must be included in all studies involving COVID-19 research.

**\***El gobierno federal ha emitido una Declaración que podría limitar su derecho a demandar si se lesiona o sufre algún daño mientras participa en este estudio de COVID-19. Si se aplica la Declaración, se limita su derecho a demandar a los investigadores, a los proveedores de atención médica y a cualquier patrocinador, fabricante o distribuidor o cualquier otro funcionario involucrado en el estudio. Sin embargo, el gobierno federal cuenta con un programa que puede brindarle una compensación a usted o su familia si sufre lesiones físicas graves o si fallece. Para obtener más información sobre este “Programa de Contramedidas para la Compensación de Lesiones” (*Countermeasures Injury Compensation Program*), visite <https://www.hrsa.gov/cicp/about/index.html> o llame al 1-855-266-2427.

**La copia adicional de este formulario de consentimiento es para que usted la guarde.** *(For online studies: “****Please save or print a copy of this page for your records****”)*

**Si acepta participar en esta investigación,** *(describe what the participant must do to indicate agreement to participate. For example: “complete the attached questionnaire / survey”, or “indicate this to the researcher”).*