

DOCUMENTO de CONSENTIMIENTO INFORMADO

El Gobierno de la **Provincia del Chaco** está realizando en el ámbito provincial, estudios básicos para la adecuación de criterios y prioridades sanitarias en cobertura y calidad de agua. Se inscribe en esta investigación la necesidad de realizar encuestas y toma de muestras biológicas a personas que voluntariamente participen de la misma.-

PARTICIPANTE:

Nombre y Apellido: - **EDAD:** años

Por la presente declaro bajo juramento haber preguntado y haber sido informado que:

- No existe ninguna obligación de participar. La participación es voluntaria y producto de una decisión individual tomada en absoluta libertad.
- El/la entrevistado/a puede abandonar el estudio cuando lo desee sin explicar razones.
- Los datos que se recaben en la investigación permitirán, entre otros productos, la producción de información conducente a dimensionar el impacto en la región del consumo de aguas con Arsénico $\leq 50 \mu\text{g/l}$, límite a la fecha vigente en el país.
- La toma de muestras (uña y/o; pelo) será realizada por técnicos capacitados. El procedimiento NO implica ningún riesgo para la salud.
- Los estudios son TOTALMENTE GRATUITOS para el/la entrevistado/a; quien además NO percibe ninguna remuneración por su participación.
- La información obtenida se considerará confidencial y sólo a disposición de los investigadores, hallándose totalmente prohibida la distribución a terceras partes; en caso de publicarse datos, se hará con total anonimato de las personas.
- En caso de dudas o inquietudes vinculadas al proyecto me contactaré con el/los números telefónicos oficial/es que me ha/n sido brindadas por el encuestador.

Se me explicaron los alcances de los estudios y reconozco la importancia de la investigación, expresando por lo tanto mi voluntad de participar en los mismos.

En este mismo acto doy mi expreso consentimiento para permitir en este contexto una entrevista personal en la que proporcione información personal para la investigación; y autorizo la toma de muestras de mis uñas, cabellos, sangre y/u orina, así como también la publicación de datos de los estudios en los que voluntariamente participo.

Lugar y Fecha:

ENTREVISTADO/A y DONANTE de MUESTRA/S

Nombre y Apellido:

DNI N°:

Firma:.....

Teléfono N°:

PROFESIONAL / TÉCNICO INTERVINIENTE

Nombre y Apellido:

DNI N°:

Firma:.....

Teléfono N°: