



DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Nombre del Estudio: “Huella de carbono corporativa en la práctica optometría.”
Investigador Responsable: Valeria Andrea D’Antone Correo: valeria.dantone@ustabuca.edu.co
Departamento/UDA: Universidad Santo Tomás Seccional Bucaramanga

El propósito de esta información es ayudarle a tomar la decisión de participar, -o no-, en una investigación descriptiva.

Tome el tiempo que requiera para decidirse, lea cuidadosamente este documento y realice las preguntas que desee al personal del estudio.

OBJETIVO DE LA INVESTIGACIÓN

- Determinar la huella de carbono corporativa de un grupo de ópticas de diferentes partes del país.

PROCEDIMIENTOS DE LA INVESTIGACIÓN

Para determinar la huella de carbono se recogerán datos de energía, consumo de aire acondicionado, transportes y residuos relacionados con su empresa, la huella de carbono se calculará utilizando la herramienta carbón neutral plus.

Usted proporcionará los datos a través de una reunión virtual y los resultados se le entregarán al terminar la sesión.

BENEFICIOS

Conocer la huella de carbono de las ópticas es importante porque le permitirá obtener datos representativos de cada empresa. Podrá conformar una línea de base que permita objetivos de mitigación. Le permitirá identificar las oportunidades para reducir las emisiones y enfocar las acciones de mitigación para ahorrar recursos.

RIESGOS

Esta investigación se considera sin riesgo dado que la información que se utilizará no es personal y no se aplicará ningún procedimiento invasivo.

COSTOS Y COMPENSACIONES:

Su participación no implica ningún costo, es totalmente gratuita. Usted no recibirá ningún pago por participar en esta investigación.



CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN.

La información obtenida se mantendrá en forma confidencial y sólo se utilizará para fines del estudio. Nunca se utilizará su nombre ni el de su empresa. Es posible que los resultados obtenidos sean presentados en revistas y conferencias, sin embargo, su nombre no será conocido. A su empresa se le asignará un código y la custodia de los datos está a cargo de la docente líder del proyecto Valeria Andrea D'Antone.

VOLUNTARIEDAD

Su participación en esta investigación es completamente voluntaria. Usted tiene el derecho a no aceptar participar o a retirar su consentimiento y retirarse de esta investigación en el momento que lo estime conveniente. Si usted retira su consentimiento, sus datos serán eliminados y la información obtenida no será utilizada.

PREGUNTAS

Si tiene preguntas acerca de esta investigación o de los procedimientos puede contactar a Valeria Andrea D'Antone –Docente investigadora de la facultad de Optometría al correo: valeria.dantone@ustabuca.edu.co

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO.

Al firmar este formulario, yo certifico todo lo siguiente:

1. ☐ He leído la información anterior, o esta me ha sido leída en presencia de testigos.
2. ☐ He tenido la oportunidad de hacer preguntas al respecto y las preguntas que he realizado me han sido respondidas satisfactoriamente.
3. ☐ Yo voluntariamente acepto hacer parte del estudio de investigación y entiendo que recibiré una copia firmada este consentimiento informado.
4. ☐ Yo entiendo que puedo hacer cualquier pregunta en cualquier momento sobre el estudio de investigación a los investigadores.
5. ☐ Yo entiendo que soy libre de retirarme del estudio de investigación en cualquier momento sin justificar mi decisión y sin afectar la atención médica que se me presta.
6. ☐ Yo autorizo la utilización de todos los registros o resultados, incluyendo la de los registros médicos

Nombre del participante

Firma del participante

Cédula

Fecha (día/mes/año)



Nombre del testigo

Firma del testigo y fecha

Cédula

Fecha (día/mes/año)

Investigador (o persona que solicita el consentimiento)

Certifico que he explicado al participante cuyo nombre aparece como voluntario sobre la naturaleza y el propósito del estudio, beneficios potenciales, y razonablemente los riesgos previsibles asociados a la participación en este estudio. Confirmo que el consentimiento se ha dado libre y voluntariamente. He contestado las preguntas formuladas por los participantes y han sido testigos de la firma anterior. Una copia de este consentimiento informado ha sido entregada al participante.

Nombre del Investigador/persona que toma el consentimiento

Firma del investigador /persona que toma el consentimiento
Fecha (Día/mes/año)