Pahintulot na Makilahok sa Pananaliksik

***Select*** *appropriate Study sites*

The University of Texas Southwestern Medical Center

Parkland Health & Hospital System

Children’s Health

Retina Foundation of the Southwest

Texas Scottish Rite Hospital for Children

Texas Health Resources

Hinihiling ang inyong pakikilahok sa isang pananaliksik na pag-aaral.

Bago kayo sumang-ayon, kailangang sabihin ng imbestigador sa inyo ang tungkol sa (i) mga layunin, pamamaraan, at tagal ng pananaliksik; (ii) anumang mga pamamaraan na ini-eksperimento; (iii) anumang makatwirang nakikitang mga panganib, kakulangan ng ginhawa, at benepisyo ng pananaliksik; (iv) anumang posibleng kapakipakinabang na mga alternatibong pamamaraan o paggamot; at (v) kung paano mapapanatili ang pagkakompidensyal.

Kung saan naaangkop, kailangan ding ipaalam ng imbestigador sa inyo ang tungkol sa (i) anumang makukuhang kabayaran o medikal na paggamot kung magtamo kayo ng pinsala; (ii) posibilidad ng hindi nakikitang mga panganib; (iii) mga pagkakataon kapag maaaring ipatigil ng imbestigador ang inyong pakikilahok; (iv) anumang karagdagang gastos sa inyo; (v) mangyayari kung magpapasya kayong tumigil sa pakikilahok; (vi) kung sasabihan kayo tungkol sa mga bagong matutuklasan na maaaring makaapekto sa inyong kagustuhang makilahok; at (vii) kung ilang mga tao ang sasali sa pag-aaral.

Kung sumasang-ayon kayong makilahok, kailangang mabigyan kayo ng nalagdaang kopya ng dokumentong ito at isang nakasulat na buod ng pananaliksik.

Maaari kayong makipag-ugnayan kay (**name**) sa (**phone number**) sa anumang oras na mayroon kayong mga tanong tungkol sa pananaliksik.

Maaari kayong makipag-ugnayan sa Programa sa Proteksiyon ng Pananaliksik sa Tao (Human Research Protection Program, HRPP) ng University of Texas Southwestern Medical Center sa 214-648-3060 kung mayroon kayong mga tanong tungkol sa inyong mga karapatan bilang kalahok sa isang pananaliksik o kung ano ang inyong gagawin kapag nagtamo kayo ng pinsala.

Kusang-loob ang inyong pakikilahok sa pananaliksik na ito, at hindi kayo mamumulta o mawawalan ng mga benepisyo kung tatanggi kayong sumali o magdesisyon kayong tumigil.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Ang paglagda sa dokumentong ito ay nangangahulugan na ang pananaliksik na pag-aaral, kabilang ang impormasyon sa itaas, ay inilarawan sa inyo nang pasalita, at kusang-loob kayong sumasang-ayon na makilahok. | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | |  | | | |  | | |  | | |  | | N.U.  N.H. |
| Naka-print na Pangalan ng Kalahok |  | | Lagda ng Kalahok | | | |  | | | Petsa | | |  | | Oras |
|  | |  | | |  | | |  | | |  | N.U.  N.H. | | | |
| Naka-print na Pangalan ng Magulang/tagapag-alaga  (mga batang < 18) | |  | | Lagda ng Magulang/tagapag-alaga  (mga batang <18) | |  | | | Petsa | | |  | | Oras | |
|  | |  | |  | |  | | |  | | |  | |  | |
|  | |  | | |  | | |  | | |  | N.U.N.H. o N.G. | | | |
| Naka-print na Pangalan ng Saksi/Tagapagsalin | |  | | Lagda ng Saksi/Tagapagsalin | |  | | | Petsa | | |  | | Oras | |

**Note: If HIPAA applies: Request an "Alteration of HIPAA Authorization" – Form H:**  
This should be provided in the "HIPAA" section using Form H. The alteration means that when using the Short Form Consent Process, neither the participant nor their LAR should sign the HIPAA Authorization (whether there is a separate HIPAA Authorization or one embedded in the Summary Form (the modified English consent form).