**CONSENTIMIENTO INFORMADO**

(Formulario para adolescentes entre 12 y 17 años)

Encuestadores:

Nombre

Número de telefono

**Estimado participante:**

(Nombre de la institución) se encuentra realizando en (nombre del pais)un estudio que requiere la participación de adolescentes de 12 a 17 años que viven en (nombre del municipio y comunidad). La información del estudio será utilizada para informar iniciativas de prevención de las violencias en la niñez y adolescencia en (nombre del pais).

# PROPÓSITO DEL ESTUDIO

El estudio tiene como objetivo conocer las diferentes formas de violencia que afectan a los niños, niñas y adolescentes de manera directa o indirecta en los distintos entornos en lo que sus vidas tienen lugar: la familia, la escuela y la comunidad.

Los resultados de este estudio servirán para identificar servicios o apoyos específicos requeridos por niños, niñas y adolescentes, así como para promover mejoras en los programas y proyectos ya existentes de prevención y protección contra toda forma de violencia que brindan las instituciones del Estado.

**¿POR QUÉ QUIERE QUE YO SEA PARTE DE ESTE ESTUDIO?**

Es importante conocer lo que adolescentes como tú nos puedan contar sobre como es el día a día en sus casas, escuelas y comunidades. Todo ello contribuirá al diseño de programas con base en las necesidades específicas de otros adolescentes como tú.

**¿QUÉ INVOLUCRA ESTE ESTUDIO?**

Esta encuesta es ANÓNIMA (no requiere tu nombre ni apellido). Consiste en un cuestionario que tú mismo llenarás. Una vez lo hayas terminado, te llamaremos para que participes en una sesión de grupo focal junto con otros adolescentes (varones y mujeres) donde todos tendrán la oportunidad de responder abiertamente a una serie de preguntas relacionadas sobre las diferentes formas de violencia que afectan a los niños, niñas y adolescentes, así como las formas en que pueden prevenirlas o protegerse de ellas.

En caso de que seas seleccionado, también se te pedirá participar en una fecha posterior en una entrevista individual donde se te pedirá compartir con más detalles tus experiencias de vida sobre tema puntuales que se abordaron tanto en el cuestionario como en los grupos focales.

**PARTICIPACIÓN Y RETIRO**

Después de leer este documento, puedes decidir no participar. Si aceptas participar, tienes el derecho a no responder las preguntas con las que te sientas incómodo/a y podrás dar por concluida tu participación en cualquier momento en una o en todas las actividades del estudio en la que hayas decidido participar (llenado de cuestionario, grupos focales y/o entrevista individual).

**CONFIDENCIALIDAD**

Las respuestas que suministres a través de este cuestionario son estrictamente confidenciales. No se registrará tú nombre, ni el de tus familiares o amigos, ni ningún otro dato que puedan identificar a nadie de tu casa. Las grabaciones de voz y notas que tomemos, se manejarán y guardarán bajo llave. Al hablar o escribir sobre los resultados de estudio, siempre utilizaremos nombres ficticios.

En caso de que seas llamado a la entrevista individual, nos gustaría entrevistarte solo/a pero si quieres que esté presente un adulto, está bien.

Si requieres o solicitas orientación, apoyo o ayuda para resolver alguna situación por la que estés pasando con relación a algún tipo de violencia, se te brindará toda la información necesaria y se te canalizará a la institución pública que corresponda para que la recibas.

(Nombre de la institución) te agradece mucho tu valiosa participación en este estudio. Gracias.

# CONSENTIMIENTO

He leído este documento y se me ha explicado el contenido. Comprendo el objetivo del estudio y como mi participación contribuirá para su alcance. Doy mi libre consentimiento para participar en este estudio, como se me describió en este documento y se me informó que se me entregará una copia de este documento

Yo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ en calidad de adolescente doy mi consentimiento para la realización de este estudio.

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

Nombre Completo del participante Firma Fecha

(en letra imprenta).

x\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre del Padre/Madre/ Firma Fecha

Representante legal

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

Nombre de la persona que Firma Fecha

obtiene el consentimiento