**UAB IRB**

**CONSENT BOILERPLATE LANGUAGE - NCI CIRB**

**ENGLISH**

**VERSION DATE: 12.10.2022**

**REQUIRED LANGUAGE:**

**TITLE PAGE OF DOCUMENT:**

UAB IRB Protocol #: Include the UAB IRB # on a line underneath the title of the study. The number will be provided by the UAB Office of the IRB to the Principal Investigator/Contact.

**UAB IRB Protocol #:** *[Insert UAB IRB Protocol # beginning with IRB-]*

**What happens if I am injured because I took part in this study?** section:

UAB Payment for Research-Related Injuries: (add Children’s of Alabama when applicable)

University of Alabama at Birmingham (UAB) y *Children's of Alabama* no proporcionarán ningún pago si usted sufre daños como resultado de su participación en este estudio. Si esto ocurriera, se brindará tratamiento. Sin embargo, este tratamiento no será gratuito.

**Who will see my medical information?** section:

Include applicable information only for the italicized portion of bullets below:

* University of Alabama at Birmingham (UAB): los médicos, las enfermeras y el personal que trabaja en el estudio de investigación (ya sea en UAB o en otro lugar); otras unidades operativas de UAB, UAB Hospital, UAB Highlands Hospital, *University of Alabama Health Services Foundation, Children's of Alabama, Eye Foundation Hospital y el Departamento de Salud del Condado de Jefferson (Jefferson County Department of Health)*, según sea necesario para sus operaciones; el Comité de Revisión Institucional (Institutional Review Board, IRB) de UAB y su personal
* Las oficinas de facturación de los afiliados de *UAB y UAB Health Systems o Children's of Alabama* y sus agentes de facturación

**Where can I get more information?** section:

UAB Office of the IRB Contact Information:

|  |  |
| --- | --- |
| **Para preguntas o inquietudes acerca de:** | **Contacto:** |
| * Sus derechos como participante en la investigación
* Inquietudes o reclamos sobre la investigación.
 | Oficina de la UAB del IRB(205) 934-3789Número gratuito: (855) 860-3789 |

**Optional Studies and Contact for Future Research** section:

If there will be future research use of identifiable private information and/or identifiable biospecimens (research not specifically defined in the study), include applicable information and **lines for participants to initial** (do not use checkboxes).

**Signatures** section:

Witness (ONLY IF APPLICABLE)

Include if you will obtain consent from participants who do not speak English and use an interpreter.

Firma del testigo Fecha

Assent (ONLY IF APPLICABLE)

Include if assent is applicable.

Para este estudio, se requiere el asentimiento del niño para los participantes de \_\_\_\_ años o más.

ASENTIMIENTO

□ DE 14 A 17 AÑOS: Firma del participante Fecha

□ DE 7 A 13 AÑOS: Se explicó la investigación al participante menor de edad en un término apropiado para su edad y el menor aceptó verbalmente participar en el estudio.

□ El menor se negó a participar en el estudio.

□ No se requiere asentimiento debido a la edad del participante. El participante tiene \_\_\_\_\_ años de edad.