***Utilice este formulario para el uso de la tarjeta Duke ClinCard***

**Instrucciones para completar el formulario de revelación de datos personales de la Junta de Revisión Institucional (IRB)**

Registro de IRB #: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fuente de Financiamiento #: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

La compensación por la participación en estudios de investigación es considerada ingreso gravable para el participante de la investigación y a la Universidad Duke se le exige en muchos casos que reporte esta información al Servicio de Impuestos Internos (Internal Revenue Service, IRS)

**Personas que no son empleados**

Se extenderá un formulario 1099 (Ingreso Misceláneo) al participante de la investigación no empleado de la Universidad Duke cuando la compensación otorgada exceda los $600 y se enviará una copia al Servicio de Impuestos Internos.

**Para menores o participantes de la investigación de cualquier edad**: Dado el caso de que el participante de la investigación no está trabajando o reportando sus propios impuestos, el formulario de revelación de datos personales del IRB debe tener la firma del padre/tutor legal y el número de seguro social del padre/tutor legal.

**Empleados**

La compensación por participación en estudios de investigación otorgada a un empleado de la Universidad Duke en cualquier parte del año calendario conduce a la emisión de un formulario 1099 (Ingreso Misceláneo) para el empleado y el envío de una copia al IRS independientemente del monto pagado. *El número de identificación única de Duke escrito abajo, sin el número de seguro social, es suficiente para procesar los pagos a los empleados.*

“He aceptado ser participante en un estudio de investigación liderado por **[colocar el nombre del investigador principal]** con el número de registro de IRB arriba señalado. Entiendo que mi participación en el estudio me da derecho a recibir la compensación que se describe en el formulario de consentimiento de la investigación. Se me explicó que la Universidad Duke requiere que antes de que se me otorgue tal compensación debo reportar mi nombre, mi dirección postal y mi número de seguro social como se indica abajo, para el reporte de Servicios Financieros de la Universidad Duke. Entiendo que si no doy esta información no seré compensado. También comprendo que si decido no dar la información solicitada y renuncio a mi derecho de compensación, aún puedo participar en el estudio de investigación.”

*Firma del participante/Tutor legal Fecha de la firma*

❒ Conferencia telefónica ❒ Visita en persona

*Nombre del participante en letra de imprenta*

*Dirección postal del participante (por favor en letra de imprenta)*

**Duke University Research Personnel Attestation:**

The individual listed above is eligible for compensation as a result of participation in a Duke University research study. By signing this document, I verify that the person named above is participating, or has participated; in the research study cited above and is entitled to this compensation.

*Signature of Research Personnel Date of Signature*

*Printed Name of Research Personnel Specify Payment Type (Duke ClinCard) )*

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

*List Detail and $ Amount and/or Reimbursement Participant’s Subject ID #*

***Por favor tenga en cuenta; se requiere que la información que a continuación se enumera, se complete en la primera visita del participante al estudio.***

***Número de Identificación Única de Duke del participante (si es empleado de Duke):***

***Número de Seguro Social del Participante:* - -**

**Si no desea dar su número de seguro social, escriba sus iniciales aquí \_\_\_\_\_\_\_\_. Aún puede participar en el estudio de investigación como se describe en el formulario de consentimiento, pero no será compensado por su participación.**

**Instrucciones para completar el formulario de revelación de datos personales para los participantes de la investigación**

1. Este formulario debe completarse en cada visita con el participante y/o su padre o tutor legal. Debe incluir la firma del participante (o Padre/Tutor legal) junto a su nombre, dirección y fecha de la visita. Por favor indique si la visita fue en persona o por conferencia telefónica.
2. El coordinador de estudios de investigación responsable del estudio que se encontró con el participante, debe firmar, poner la fecha en el formulario y dar testimonio de la existencia de la entrevista y del participante con el cual se entrevistó.
3. El coordinador de estudios de investigación debe incluir detalles de la visita que se efectuó y el monto que debe ser pagado al participante.
4. El coordinador de estudios de investigación debe también incluir el número de participante asignado al individuo para ese estudio en particular.
5. ***El número de seguro social del participante o el número de identificación única de Duke deben ser obtenidos en la primera visita del participante al estudio y serán ingresados en el Sistema ClinCard de Duke. Esta información necesita ser obtenida unicamente en la primera visita al estudio con cada participante.***
6. Los participantes que no son residentes de los Estados Unidos deben ser pagarse con un cheque de Duke y no con la tarjeta Duke ClinCard debido a los requisitos de retención de impuestos.
7. Esta información debe ser guardada en el “Directorio Protegido” de los Servicios Financieros de Duke.

***For Use by Study Coordinators: Data Collection Elements from Research Participant***

1. Birthdate of Participant
2. Do you wish to use email/phone notification Yes No
3. Email address of Participant
4. Mobile number of Participant
5. Duke ClinCard Token Number assigned
6. Other Information, if needed