

Etapa de Validación

CONTACTO

Bienvenido/a al Sitio Web Oficial del Estudio

Título del Estudio:

**Validación de un tamizaje para trastornos
bipolares en adolescentes en Chile**

Investigador Principal:

Cristian Alcaíno

Contacto

VALIDACIÓN DE UN TAMIZAJE PARA TRASTORNOS BIPOLARES EN ADOLESCENTES EN CHILE



¿Su paciente adolescente presenta...?
Bipolaridad - Depresión - Ansiedad - TDAH - T. de Conducta

Lo invitamos a conversar sobre esta
investigación con su paciente
adolescente y sus padres

Para conocer más sobre esta
investigación puede visitar el
sitio web del estudio >>>



THE UNIVERSITY
of EDINBURGH

INVESTIGADOR:
Cristian Alcaíno, Estudiante de
Doctorado en Psicología Clínica.

PATROCINADOR:
Universidad de Edimburgo,
Reino Unido.

Flyer del Psiquiatra
Versión 3
01-08-2022

¿QUÉ DEBERÍA SABER ANTES DE PARTICIPAR?

Hoja del Información del Psiquiatra

Hoja del Información de los Padres

Hoja del Información del Adolescente

Hoja de Información del Sorteo

Lista de Centros Autorizados, Aprobaciones Éticas
e Investigadores Locales

¿CÓMO PUEDO PARTICIPAR?



¿CÓMO PARTICIPAR EN LA ETAPA DE VALIDACIÓN?



ELEGIBILIDAD



1

LOS **PSIQUIATRAS** PUEDEN VERIFICAR SI SUS PACIENTES ADOLESCENTES PUEDEN PARTICIPAR USANDO EL **FORMULARIO DE ELEGIBILIDAD** EN EL SITIO WEB DEL ESTUDIO

CONSENTIMIENTO Y REPORTE DEL PADRE/MADRE



2

AL ADOLESCENTE SÓLO SE LE SOLICITARÁ SU ASENTIMIENTO Y AL PADRE/MADRE SE LE SOLICITARÁ SU CONSENTIMIENTO Y CONTESTAR EL CUESTIONARIO USANDO EL **FORMULARIO DE LOS PADRES** EN EL SITIO WEB DEL ESTUDIO

REPORTE DEL PSIQUIATRA



3

EL **PSIQUIATRA** PUEDE PROPORCIONAR LOS DATOS DIAGNÓSTICOS DEL ADOLESCENTE USANDO EL **FORMULARIO DEL PSIQUIATRA** EN EL SITIO WEB DEL ESTUDIO



THE UNIVERSITY
of EDINBURGH

Investigador:

Cristian Alcaíno, estudiante de doctorado en psicología clínica

Patrocinador:

Universidad de Edimburgo, Reino Unido

Flujograma de la Validación / Versión 5 / 01-08-2022

FORMULARIOS

Estimado/a Psiquiatra

Ud. puede verificar si su
paciente adolescente
puede participar usando
el **Formulario de
Elegibilidad.**



Estimado/a Padre/Madre

Ud. puede confirmar si
desea participar y
contestar el cuestionario
usando el
**Formulario de los
Padres.**



**Estimado/a
Psiquiatra**

Ud. puede proporcionar los datos diagnósticos del adolescente usando el **Formulario del Psiquiatra**, si Ud. ha sido notificado por el Investigador Principal.



Formulario del Psiquiatra

