



## Estudio de la Salud de la Comunidad Hispana / Estudio de los Latinos

[ INSERT **INSTITUTION Name** ]

### Consentimiento informado

Le estamos solicitando que participe en el Estudio de la Comunidad Hispano / Estudio de los Latinos (HCHS / SOL, por sus siglas en inglés), un estudio nacional sobre la salud de los hispanos o latinos. La Universidad [ ] está realizando HCHS / SOL bajo contrato para llevar a cabo estudios sobre la salud con el Instituto Nacional de Salud (NIH, por sus siglas en inglés). Antes de que usted dé su consentimiento para participar en forma voluntaria, es importante que lea la siguiente información y haga tantas preguntas como usted considere necesario para asegurarse que entiende lo que se le está pidiendo que haga.

### Información general

El propósito del el Estudio de la Comunidad Hispano / Estudio de los Latinos es aprender sobre la salud de los latinos en los Estados Unidos e identificar los factores que influyen en la salud de la población latina. Usted es una de 4,000 personas seleccionadas al azar entre aquellas que viven en [ ] y a las que se les ha pedido que participen en este estudio. Esto forma parte de un estudio más amplio que incluye un total de 16,000 personas de 4 ciudades en todo el país (4,000 personas por ciudad). Su participación en el el Estudio de la Comunidad Hispano / Estudio de los Latinos durará el tiempo que usted esté de acuerdo en participar.

### Personas encargadas del estudio

Este estudio lo está realizando la Universidad de [ ], en colaboración con [community partners] y otras universidades en otras partes de los Estados Unidos. Los exámenes sobre este estudio sobre la salud se realizan en el centro de exámenes del el Estudio de la Comunidad Hispano / Estudio de los Latinos ubicado en [ ] y tomarán aproximadamente 6 horas.

### ¿Qué sucede en este estudio?

Si usted está de acuerdo en participar en el estudio, su visita al centro del el Estudio de la Comunidad Hispano / Estudio de los Latinos incluirá lo siguiente:

Una **entrevista** en la que se le harán preguntas acerca de su salud, el cuidado de su salud, ocupación, dieta, estilo de vida, creencias e historia médica familiar. Se anticipa que un examen en el centro del el Estudio de la Comunidad Hispano / Estudio de los Latinos se realiza de cada 4 a 8 años. Si usted participa en esa ocasión, se le pedirá que firme un nuevo consentimiento informado.

Un **examen** para medir su altura, para pesarlo(a), medir su cintura, medir el porcentaje de grasa de su cuerpo y tomar la presión arterial de sus brazos y tobillos. También se le pedirá que participe en los siguientes procedimientos que son realizados por personal capacitado y certificado del el Estudio de la Comunidad Hispano / Estudio de los Latinos:

- Un persona capacitada tomará una muestra de su sangre (hasta 2.7 onzas, o el equivalente a 79 centímetros cúbicos, o aproximadamente 5 cucharadas) para exámenes de sangre que incluirán exámenes de colesterol y otras grasas en la sangre, niveles de azúcar, función de los riñones, función del hígado, pruebas de hepatitis y otros factores. Parte de la sangre recolectada será almacenada para estudios futuros.
- En vista de que es importante que estos exámenes de sangre se hagan en ayunas, se le pedirá que no coma ni beba nada, excepto agua después de las 10 de la noche del día anterior del examen en el centro del Estudio de la Comunidad Hispano / Estudio de los Latinos. También se le pedirá que no fume la mañana del día cuando se le realice el examen en el centro del El Estudio de la Comunidad Hispano / Estudio de los Latinos. Después que se le tome la muestra de sangre en ayunas, se le pedirá que complete un examen de tolerancia de glucosa, el cual puede detectar posible diabetes. En esta parte del examen debe tomar una bebida con alto contenido de azúcar, sin consumir nada más en las siguientes dos horas y luego le toman otra muestra de sangre de ½ cucharada. Aparte de los riesgos menores y la incomodidad de tomarle una muestra sangre por segunda vez, existe la pequeña posibilidad de un malestar estomacal que ocurre en 1 de cada 100 personas. Después de tomar la segunda muestra de sangre, se le dará una merienda. Los resultados indicarán si usted tiene diabetes o si corre el riesgo de tener diabetes. Si usted tiene diabetes o está recibiendo tratamiento debido a altos niveles de azúcar en su sangre, no se le debe hacer este examen.
- Mientras está en el centro de exámenes del Estudio de la Comunidad Hispano / Estudio de los Latinos, se le pedirá que dé una pequeña muestra de orina para examinar la función de los riñones.
- Los tejidos del cuerpo están formados por células. Las células contienen ADN, el cual es un material genético único que tiene las instrucciones del desarrollo y funciones de su cuerpo. Algunas enfermedades pueden resultar por cambios en la genética de una persona que contribuye a que las células no funcionen de forma debida. En la actualidad, personas encargadas de estudios y médicos saben de algunos cambios genéticos que pueden causar una enfermedad, pero ellos no saben todos los cambios genéticos que pueden causar una enfermedad.

- o Se le pedirá permiso para realizar pruebas genéticas con las muestras de sangre que se obtendrán y almacenarán como parte del Estudio de la Comunidad Hispano / Estudio de los Latinos. Las muestras de su sangre pueden ser usadas para aislar el ADN y/o el ARN (una sustancia relacionada al ADN). Su sangre, material genético y otra información que usted dé se identificará sólo con un número. Parte de su sangre y del material genético será almacenado para estudios futuros por el personal del estudio y sus colaboradores, para estudios sobre las enfermedades del corazón y los vasos sanguíneos, enfermedades de los pulmones y la sangre, embolias, pérdida de la memoria, sordera, cáncer, obesidad, diabetes, enfermedad de las coyunturas de los huesos, pérdida ósea y otras enfermedades y condiciones sobre la salud.
  
  - o Algunas veces, las personas encargadas de estudios de compañías privadas u otros estudiosos que no están afiliados al estudio pueden pedir el uso de su ADN para desarrollar pruebas de diagnóstico de laboratorios o tratamientos. Al igual que otras partes de este estudio, esto es opcional y usted puede decidir no permitir que se den muestras de su ADN a compañías privadas u otras personas que realizan estudios, indicándolo simplemente en la sección de Consentimiento de este formulario. Si usted está de acuerdo en permitir que estas muestras se puedan usar de esta manera, entonces ni su nombre ni ninguna otra información que lo(a) identifique se dará a conocer a estas personas que realizan estudios.
- Un electrocardiograma (ECG, por sus siglas en inglés) que mide si el latido de su corazón es regular y si su corazón presenta alguna señal de enfermedad.
  
  - Un breve examen de sus oídos y una prueba de audición, igual como si se realizara en una clínica especialista en oídos.
  
  - Una prueba de la función de sus pulmones que requiere que usted sople fuertemente en una máquina, para saber qué tan bien funcionan sus pulmones. Si los resultados de esta prueba indican la posibilidad de que la capacidad de su respiración es más débil, entonces se le pedirá que respire en un medicamento que abre las vías respiratorias (Albuterol, el cual es usado de manera rutinaria por personas que tienen asma), y luego se repetirá parte de la prueba. Si usted tiene asma, se le pedirá que tome su medicamento antes de la prueba.
  
  - Un examen de sus dientes y encías, realizado por un profesional autorizado del cuidado dental. Con este examen se verá si tiene caries y se tomarán unas medidas que indicarán si sus encías están saludables.



### **Supervisión de actividad física**

Al final de la visita del examen al centro del Estudio de la Comunidad Hispano / Estudio de los Latinos, se le pedirá que use un objeto similar a un reloj, pequeño y no muy pesado, que registrará de manera automática su nivel de actividad física durante sus actividades de rutina. A usted se le darán instrucciones de cómo usar este monitor y cómo regresarlo al centro del Estudio de la Comunidad Hispano / Estudio de los Latinos después de siete días.

### **Estudio del sueño**

Se le pedirá que coloque un monitor en su frente por una noche, para aprender más sobre la influencia de los hábitos del sueño en la salud y enfermedades. Al final de su visita para el examen, se le mostrará cómo usar este monitor y cómo regresarlo al centro del Estudio de la Comunidad Hispano / Estudio de los Latinos.

### **Resultado de sus pruebas**

Con su permiso, se le enviará una carta a usted y a su médico o clínica con un resumen de los resultados de las pruebas que tengan importancia para un diagnóstico médico o de tratamiento. Los resultados de las pruebas genéticas se reportarán sólo si son muy significativos desde el punto de vista clínico y si es que se conoce algún tratamiento para estos resultados. Si usted no desea que los resultados del estudio se envíen a su proveedor de cuidados de salud, puede seleccionar a otra persona a quien se le debe informar de los resultados de sus pruebas.

### **Repetición de la entrevista**

De cuatro a seis semanas después de su visita al centro de exámenes del Estudio de la Comunidad Hispano / Estudio de los Latinos, nos comunicaremos con usted para fijar una cita para una entrevista telefónica que tomará 40 minutos, en la que se le harán preguntas sobre su dieta, muy similares a las preguntas que usted contestó durante su visita para el examen.

### **Comunicaciones anuales**

Después de su examen inicial en el centro del Estudio de la Comunidad Hispano / Estudio de los Latinos, nos comunicaremos con usted por teléfono una vez al año para que conteste un breve cuestionario sobre su salud, incluyendo si usted ha sido hospitalizado(a) durante ese año. Si no podemos comunicarnos con usted en su dirección actual, nos comunicaremos con sus familiares u otras personas que usted haya nombrado como personas que puedan ayudarnos a comunicarnos con usted.

### **Revisión del historial médico**

Si usted está hospitalizado(a) o es tratado(a) en una sala de emergencias o centro de urgencias, nosotros pediremos su permiso por escrito y con su firma al momento de nuestra comunicación anual, para que el personal del Estudio de la Comunidad Hispano / Estudio de los Latinos pueda obtener y revisar una copia de los registros del hospital o del tratamiento ambulatorio, de la sala de emergencias

o del centro de urgencias, del registro de personas con cáncer y los registros de salud que tiene su médico. Para ello usaremos el consentimiento que usted firmó para obtener estos registros. Usted puede cancelar esta autorización en cualquier momento, comunicándose con el Gerente del estudio, quien se menciona al final de este formulario. Estamos interesados en condiciones tales como asma y cualquier otra enfermedad del pulmón, presión sanguínea alta, enfermedades del corazón y enfermedades de los vasos sanguíneos, embolia, obesidad, diabetes, enfermedad del riñón, cáncer, cirugías, intervenciones y otros. En caso de su fallecimiento, buscaremos información de parte de sus familiares y otras fuentes, incluyendo el reporte del médico que practicó la autopsia, los registros médicos (si su fallecimiento sucede en un hospital o alguna otra institución de cuidados de salud a largo plazo) e información del departamento de salud del estado. En todos estos casos, su número de seguro social se usará para confirmar su identidad y para asegurarnos de revisar los registros correctos.

### **Riesgos y molestias**

Todos los exámenes realizados por el Estudio de la Comunidad Hispano / Estudio de los Latinos son de rutina y se incluyen en pruebas de salud estándares y son consideradas seguras. Posibles molestias incluyen dolores de cabeza o sentir hambre y fatiga o escalofríos durante un examen de larga duración. No se conoce de ningún riesgo si usted está embarazada o pudiera quedar embarazada.

Un técnico con experiencia le tomará muestras de sangre. Pueden ocurrir contusiones mínimas, dolor o sangrado como consecuencia de la toma de la muestra de sangre. No se inyectarán sustancias en su cuerpo; sólo se extraerá sangre. El técnico usa guantes de látex cuando tome la muestra de sangre. Si usted sabe que tiene alergia al látex, infórmele al técnico y él/ella usará guantes de otro material. Puede que sienta alguna molestia al tomarle su presión sanguínea repetidamente y usted pudiera sentir un poco de vergüenza o ansiedad al contestar preguntas personales de información general. Usted puede rehusarse a contestar cualquier pregunta que le haga sentirse incómodo(a).

Usted también puede enterarse de alguna condición de salud o dental que no sabía que tenía o que pueda requerir que consulte a un médico para más evaluaciones o tratamiento. Si se encuentra algún problema médico importante, usted le puede dar esta información a su compañía de seguros o empleador. Sin embargo, los encargados del Estudio de la Comunidad Hispano / Estudio de los Latinos no darán ningún resultado personal sin su autorización. Si usted no tiene un proveedor de cuidados de salud, el personal de la clínica del Estudio de la Comunidad Hispano / Estudio de los Latinos puede asistirlo(a) con información sobre un profesional médico o dental apropiado.

Nosotros le notificaremos si sus pruebas de sangre muestran que usted ha estado infectado con el virus de la hepatitis y también debemos informar al Departamento de Salud, siguiendo las reglas de la Declaración Obligatoria de Enfermedades y Condiciones.

Si usted tiene una válvula artificial en el corazón, historial de endocarditis (infección a una válvula del corazón), si nació con una condición seria al corazón o ha tenido un trasplante de corazón, no se realizarán estudios de enfermedad en las encías durante el examen oral de salud para evitar una condición conocida como endocarditis infecciosa (infección a las válvulas del corazón). El examen oral no le causará más molestia que el que se realiza cuando un dentista examina sus dientes y encías. Si sus encías por lo general sangran al tocarlas, puede que también sangren un poco durante el examen. En raras ocasiones, la persona a la que se le hace la prueba de la función del pulmón puede sentirse mareada o puede desmayarse. El mayor riesgo es el lastimarse al momento de la caída. Aquellos participantes a los que se les pida inhalar el medicamento Albuterol, que se usa durante la prueba de función de los pulmones, pueden notar un aumento en los latidos del corazón (pulso) o sentirse nerviosos o inestables (sentir que tiemblan). Si en el raro caso de que usted necesite atención médica durante los procedimientos del examen, nosotros tendremos disponible primeros auxilios. Si usted tiene alguna inquietud, un miembro del personal del Estudio de la Comunidad Hispano / Estudio de los Latinos estará disponible para hablar con usted.

### **Beneficios**

Puede que hayan o no beneficios directos para usted por ser parte de este estudio. A usted se le dará un reporte con todos los resultados de este examen que tengan importancia para un diagnóstico médico o tratamiento, incluyendo su presión sanguínea, colesterol en la sangre, azúcar en la sangre, funcionamiento del hígado y riñón, índice de masa del cuerpo, porcentajes de composición del cuerpo, nivel de proteína en la orina, prueba de audición, prueba de funcionamiento de los pulmones, examen oral y electrocardiograma. Como este es un estudio y el examen que se hace no substituye al cuidado que usted recibiría por parte de su proveedor de cuidado de la salud, nosotros no hacemos diagnósticos ni damos tratamiento o consejo médico. En su lugar, nosotros le animamos a que usted comparta el resumen del reporte de los resultados con su proveedor de cuidados de salud y con su permiso, le enviaremos los resultados a él/ella. Si usted no tiene atención médica regular o no puede pagar tales cuidados, el Estudio de la Comunidad Hispano / Estudio de los Latinos le ayudará a encontrar servicios de atención médica que usted pueda afrontar.

### **Costos**

Usted no tendrá que pagar nada por participar en este estudio. Las pruebas que se hacen como parte de este estudio son pagadas por subsidios para estudios. Si el examen descubre cualquier problema médico que requiere diagnóstico médico o tratamiento, se le informará a usted sobre esto y tal información se le dará a su médico o a la clínica que usted seleccione. En caso de que su médico decida que se necesita hacer seguimiento de las pruebas clínicas o de los tratamientos, esos pagos debe hacerlos usted o una tercera persona o entidad, si es pertinente (por ejemplo, seguro médico o Medicare). No habrán arreglos especiales hechos por el

Estudio de la Comunidad Hispano / Estudio de los Latinos para compensar o pagar un tratamiento por el simple hecho de estar participando en este estudio. Esto no le quita su derechos legales.

### **Propiedad de sus muestras**

Las muestras de ADN y de sangre le pertenecen a usted. Su material genético y las muestras se guardarán en el laboratorio central del Estudio de la Comunidad Hispano / Estudio de los Latinos. Dichas muestras no serán vendidas a ninguna persona, institución o compañía y no serán usadas para clonación (creación de órganos del cuerpo o tejidos o fluidos a partir de su propio material genético). La información obtenida del estudio de su material genético puede ser usada para el desarrollo de procedimientos de diagnósticos o nuevos tratamientos para enfermedades graves. Ni usted ni sus herederos se beneficiarán de forma financiera de parte de los descubrimientos que se hicieron al usar la información y/o especímenes que usted provea. Por otro lado, descubrimientos hechos al usar su material genético pudieran beneficiar a otras generaciones y a la humanidad en el desarrollo de medidas preventivas y/o tratamientos de enfermedades conocidas.

### **Lesiones relacionadas con el estudio**

Si sucediera alguna complicación como resultado directo de su participación en este estudio, nosotros le ayudaremos en obtener atención apropiada. Si usted necesita tratamiento u hospitalización como resultado de su participación en este estudio, usted es responsable de cualquier pago por el costo de dicho cuidado. Si usted tiene seguro médico, puede pasar la factura de estos gastos a su compañía de seguros. Usted tendrá que pagar cualquier costo no cubierto por su seguro. [Institution] no pagará por ningún cuidado, salarios no pagados, ni proveerá ninguna otra compensación financiera. Sin embargo, si usted piensa que tiene un reclamo el cual desea presentar en contra de [Institution], por favor comuníquese con [ ] al xxx-xxx-xxxx para obtener los formularios apropiados para presentar el reclamo.

### **Compensación**

Usted no recibirá ningún pago por su participación. A usted se le reembolsará hasta un máximo de \$XX por gastos que pueda incurrir el día de su participación. Estos gastos incluyen, pero no están limitados a la pérdida de días trabajo y transporte (gasolina, peajes, estacionamiento, etc.). El centro de exámenes del Estudio de la Comunidad Hispano / Estudio de los Latinos no tendrá disponible cuidado para niños durante su visita.

### **Derecho a rehusarse o retirarse del estudio**

El participar en este estudio es voluntario. Usted tiene el derecho de rehusarse a participar en este estudio y usted puede decidir no contestar cualquier pregunta o completar cualquiera de los exámenes. Si usted decide participar en el estudio y después cambia de parecer, puede retirarse del estudio sin ninguna consecuencia negativa. Su participación depende completamente de usted. Su decisión no

afectará el que usted obtenga cuidado de la salud en esta institución ni afectará los pagos por su cuidado de la salud. Su participación no afectará el registrarse en cualquier plan de salud o los beneficios que pueda obtener. Si decide participar, usted tendrá el derecho de retirarse del estudio en cualquier momento.

Si usted decide retirarse del estudio, la información recopilada sobre usted todavía se puede utilizar en este estudio a menos que usted solicite que sus registros y resultados de las pruebas obtenidas sean removidos de los archivos del estudio. Usted puede también solicitar que su ADN y sus muestras de sangre sean destruidas o que cualquier otra cosa que pudiera identificarlo(a) sea eliminada de las muestras mencionadas (incluyendo los códigos numéricos). Si usted decide retirar sus muestras, debe llamar al centro de exámenes del Estudio de la Comunidad Hispano / Estudio de los Latinos, xxx-xxx-xxxx y preguntar por el Gerente del estudio. Su decisión de detener su participación no tendrá ningún efecto en la calidad de su atención médica. La persona encargada del estudio puede decidir discontinuar su participación sin su permiso porque él/ella puede decidir que el continuar en el estudio puede ser malo para usted, o el patrocinador puede detener el estudio.

### **Confidencialidad**

La prioridad más importante para el Estudio de la Comunidad Hispano / Estudio de los Latinos es proteger su privacidad. Cualquier información que obtengamos sobre usted en este estudio será tratada de manera estrictamente confidencial hasta donde lo permita la ley. Para asegurar la confidencialidad, se le asignará un código numérico a usted y a cualquier información que pueda identificarlo(a). Los códigos numéricos se darán sólo al personal calificado encargado del Estudio de la Comunidad Hispano / Estudio de los Latinos. Los archivos que relacionen nombres y cualquier otra información que lo(a) identifique con los datos y muestras de sangre se guardarán de manera electrónica en una computadora segura, usando tecnología que previene que personas no autorizadas puedan ver o entender tal información. Si su información es impresa, esta se mantendrá bajo llave y sólo personal certificado del estudio tendrá acceso a ella. Este código numérico del estudio no será usado en ninguna muestra de sangre que usted provea. Una etiqueta con una barra de seguridad con código numérico y la fecha en que fue tomada la muestra será la única información que habrá en las muestras de sangre. Las muestras codificadas y los registros se guardarán de manera segura, separados de cualquier archivo que pudiera identificar su nombre con los códigos numéricos. Ninguna persona no autorizada tendrá acceso a las muestras guardadas o a la información obtenida de la muestra de sangre almacenada o proveniente de la información genética. Sus muestras se mantendrán hasta que ya no tengan ningún valor científico.

Cuando se publiquen los resultados, no se revelará ni su nombre ni ninguna otra posible información que pudiera identificarlo(a). A usted se le mantendrá informado(a) a través de publicaciones periódicas del Estudio de la Comunidad Hispano / Estudio de los Latinos sobre cualquier hallazgo importante de este

estudio. Los resultados de este estudio y de sus registros pueden ser revisados y fotocopiados por la Administración de Drogas y Alimentos (FDA, por sus siglas en inglés), otras agencias federales reguladoras, tales como la Oficina de Protección de Participantes en Estudios, y la Junta de Revisión Institucional de la Universidad de [\_\_\_\_\_]. Para ayudar a proteger su privacidad, se ha obtenido un Certificado de Confidencialidad del Instituto Nacional del Corazón, Pulmones y Sangre para este estudio, de manera que ninguna agencia pueda llamarnos a declarar mediante una orden judicial ni obligarnos a dar a conocer cualquier información sobre usted y que haya sido obtenida para este estudio, sin antes obtener su permiso. Las personas encargadas del estudio pueden dar a conocer información sólo en casos muy especiales (por ejemplo, si ellos piensan que un participante o alguien más pudiera estar en peligro de sufrir daño).

### **Nueva información**

Si se llegaran a obtener nuevos conocimientos sobre las condiciones evaluadas por el Estudio de la Comunidad Hispano / Estudio de los Latinos, los cuales pudieran afectar el que usted quiera continuar participando, se le informará sobre ello tan pronto como sea posible.

### **Alternativa**

Su alternativa es no participar en el Estudio de la Comunidad Hispano / Estudio de los Latinos.

### **Opción para estudios adicionales**

Alguien puede comunicarse con usted para determinar si usted está interesado(a) en participar en otros estudios relacionados con la salud que se hacen en colaboración con el Estudio de la Comunidad Hispano / Estudio de los Latinos. Sólo el personal del Estudio de la Comunidad Hispano / Estudio de los Latinos estará autorizado a comunicarse con usted en nombre de este estudio.



**Estudio de la Salud de la Comunidad Hispana /  
Estudio de los Latinos**  
[ Insert **Institution Name** ]

**Consentimiento de participación**

Al dar su consentimiento para participar en este estudio usted no renuncia a sus derechos legales. El dar su consentimiento significa que usted ha escuchado o leído la información sobre este estudio y que usted está de acuerdo en participar. A usted se le entregará una copia de este formulario para su archivo. Si en cualquier momento usted se retira de este estudio, usted no sufrirá ninguna consecuencia negativa ni perderá beneficios a los cuales usted tiene derecho.

La persona o miembro encargado del estudio tratará de responder todas sus preguntas. Si usted tiene preguntas o inquietudes en cualquier momento, o si usted necesita reportar algún daño mientras participa en este estudio, comuníquese con [name], al xxx-xxx-xxxx. Usted puede obtener información adicional sobre sus derechos como participante en un estudio llamando a la Oficina de la Junta de Revisión Institucional de la Universidad de [ ] al xxx-xxx-xxxx.

Si usted no desea participar en cualquiera de las pruebas mencionadas anteriormente, táchela y ponga sus iniciales al lado del nombre de la prueba en este formulario o pídale a alguien del personal del Estudio de la Comunidad Hispano / Estudio de los Latinos que marque este formulario de acuerdo a las instrucciones que usted les dé. Por favor, marque la casilla apropiada al lado de cada declaración que se muestra a continuación:

- 1) Yo estoy de acuerdo en participar en el Estudio de la Comunidad Hispano / Estudio de los Latinos (SOL, por sus siglas en inglés) y en los exámenes descritos anteriormente. 

Sí	No
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
  
- 2) Yo estoy de acuerdo en permitir al personal del Estudio de la Comunidad Hispano / Estudio de los Latinos a dar información de los resultados de los exámenes y pruebas no genéticas a mi médico o clínica. 

Sí	No
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
  
- 3) Yo estoy de acuerdo en que el personal del Estudio de la Comunidad Hispano / Estudio de los Latinos se comunique 

Sí	No
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

conmigo una vez al año para contestar preguntas sobre mi salud y para actualizar mi dirección.

- 4) Yo estoy de acuerdo en dar una muestra de sangre para que se pueda extraer material genético (ADN y ARN) y sea almacenado y usado para estudios actuales y futuros por las **personas encargadas del Estudio de la Comunidad Hispano / Estudio de los Latinos y de aquellas personas que trabajen para ellos.**

Sí	No

- 5) Yo estoy de acuerdo en participar en estudios sobre factores genéticos que contribuyan a aportar información sobre la salud y enfermedades, excepto aquellos que se mencionan a continuación:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

- 6) Yo estoy de acuerdo que la sangre así como el material genético (ADN/ARN) y cualquier otra información que yo dé esté disponible, sin mi nombre ni ninguna otra información que me identifique, **para los científicos que trabajen con las personas encargadas estudio del Estudio de la Comunidad Hispano / Estudio de los Latinos y para cualquier otra persona calificada** que haya cumplido con los requisitos de protección de la confidencialidad y la privacidad.

Yes	No

- 7) Yo estoy de acuerdo en permitir que **personas que realizan estudios en compañías privadas** tengan acceso a mi ADN y a datos genéticos y cualquier otra información que yo dé, para desarrollar pruebas de laboratorio para diagnósticos o tratamientos médicos que pudieran beneficiar a mucha gente. Yo entiendo que mi ADN no se venderá a nadie y que ni yo ni mis herederos nos beneficiaremos de forma financiera.

Yes	No

- 8) Si se identifica una condición genética que pudiera tener implicaciones importantes de salud o tratamientos médicos para mí o mis familiares, me gustaría que el personal del Estudio de la Comunidad Hispano / Estudio de los Latinos me lo notificara a mí y a mi médico, con mi permiso.

Yes	No

El sello estampado a continuación indica que [Institution] ha aprobado este formulario de consentimiento. Mi firma abajo indica lo siguiente:

- Que he leído la información en este documento o que me la han leído.

- Que he tenido la oportunidad de hacer cualquier pregunta que tengo sobre el estudio.
- Que estoy de acuerdo en participar en el estudio.
- Que me han informado que puedo cambiar de parecer y dejar de participar en cualquier momento.
- Que me han dado una copia de este formulario de consentimiento.

---

Nombre del participante

---

Firma del participante

---

Fecha

---

Nombre del testigo

---

Firma del testigo

---

Fecha

---

Nombre de la persona  
que realiza el estudio

---

Firma de la persona  
que realiza el estudio

---

Fecha