

**Attachment 7b**  
**CSBS**  
**Model Consent Form – Spanish**

# **Demostración del Proyecto de Monitoreo Médico (MMP)**

## **Declaración de consentimiento informado**

La siguiente información debe ser leída a todos los posibles participantes.

Usted ha sido seleccionado para participar en este proyecto debido a que usted tiene el VIH. Su participación en este proyecto es voluntaria. Usted decide si desea participar o no. No tiene que participar en el proyecto si no desea hacerlo. También puede retirarse del proyecto en cualquier momento. Retirarse del proyecto no tendrá repercusiones y no perderá los beneficios a los cuales tiene derecho.

### **Por qué estamos realizando este proyecto**

El VIH es el virus que causa el SIDA. Su departamento de salud, junto con los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC), está realizando este proyecto para obtener más información sobre las personas que están infectadas con el VIH y los tipos de servicios que usan y necesitan. Esta información nos ayudará a mejorar los programas para evitar que otras personas queden infectadas con el VIH y a mejorar los servicios para quienes ya están infectadas.

### **Lo que necesitamos de usted**

Si usted decide participar en este proyecto, necesitaremos:

- hacerle unas preguntas
- revisar su historia médica.

### **Las preguntas**

Contestar las preguntas tomará aproximadamente 45 minutos. Usted no tiene que responder las preguntas que no quiera responder.

Le haremos preguntas sobre sus

- antecedentes médicos
- uso de servicios sociales y médicos
- prácticas sexuales
- consumo de drogas y alcohol
- historia reproductiva (si usted es una mujer)
- capacidad para trabajar y cuidarse a sí mismo y a su familia

Si necesitamos más información, es posible que un miembro del personal se comunique con usted más adelante.

Aunque enviemos las respuestas a los CDC, no enviaremos ninguna información que pudiera identificarle o ser rastreada hasta usted. Sus respuestas se mantendrán confidenciales, identificadas únicamente por un número de código, y se mantendrán en un gabinete de archivos bajo llave que solamente podrá abrir el personal del proyecto.

## **Sus archivos médicos**

Como parte de la vigilancia normal de salud pública, también revisaremos su archivo médico para coleccionar información clínica sobre su infección por el VIH. Esta información incluirá las enfermedades que ha tenido, las medicinas que ha tomado y la atención médica que ha recibido. De nuevo, no enviaremos ninguna información a los CDC que pueda identificarle o ser rastreada hasta usted. La información sobre su historia clínica estará vinculada a sus respuestas únicamente por un número de código.

## **Lo que puede esperar de nosotros**

### **Privacidad**

Protegeremos su privacidad. Mantendremos la privacidad y la confidencialidad de toda la información que nos dé. Mantendremos la confidencialidad de sus registros en la medida en que la ley lo permita. Sus respuestas se agruparán con las respuestas de otros participantes de manera que nadie sabrá qué respuestas vinieron de usted. Enviaremos la información que obtengamos de este proyecto a los CDC, pero no enviaremos ninguna información que pueda identificarle. La ley federal protege la confidencialidad de la información que mantienen los CDC.

### **Pago**

Si contesta las preguntas y está de acuerdo en permitirnos revisar su historia clínica, recibirá \$\_\_\_ como muestra de aprecio por su participación. Si más adelante decide retirarse del proyecto, puede quedarse con el dinero.

## **Puntos que debe considerar**

- Usted no incurrirá en ningún gasto (que no sea su tiempo y esfuerzo) por participar en este proyecto.
- Si lo desea, podemos darle información sobre cómo evitar pasarle el VIH a alguien más.
- Si lo desea, podemos darle información sobre los lugares en su área donde puede obtener servicios médicos y sociales.
- Aunque no reciba beneficios directos por su participación en este proyecto, usted nos ayudará a obtener más información sobre la manera de mejorar los servicios disponibles para otras personas con el VIH y el SIDA.
- Es posible que algunas de las preguntas le hagan sentir incómodo o sean demasiado personales. Recuerde: usted no tiene que responder las preguntas que no quiera responder.

## **¿Tiene alguna pregunta?**

Si tiene alguna pregunta **sobre este proyecto**, por favor

- haga las preguntas a la persona que le hace la entrevista
- llame a (investigador principal local) al (número de teléfono)

Si tiene alguna pregunta **sobre sus derechos**, por favor comuníquese con

- **La Junta de Revisión Institucional (*Institucional Review Board - IRB*) del Departamento de Salud Local o Estatal) al (número de teléfono).**
- (persona contacto de la IRB local) al (número de teléfono)
- **los CDC al 1-800-584-8814. Éste es un número de teléfono gratuito. Por favor deje un breve recado e incluya su nombre y número de teléfono. Diga que está llamando en referencia al protocolo # 04155 de los CDC. Alguien le devolverá la llamada tan pronto como sea posible.**

---

### **Declaración de consentimiento del participante**

Estoy de acuerdo en participar en el proyecto descrito aquí. He leído la declaración, entiendo la declaración y todas mis preguntas me han sido contestadas. Entiendo que mi participación es completamente voluntaria.

---

Firma del participante

---

Fecha

---

Firma del entrevistador

---

Fecha