

Autorización

The University of Connecticut Health Center
Department of Mental Health and Addiction Services - DMHAS
(Departamento de Salud Mental y Servicios de Adicción)

- ¿Quién está llevando a cabo este estudio de investigación? Robert H. Aseltine Jr. Ph D
[Institute for Public Health Research](#)
[University of Connecticut](#)
[99 Ash Street, MC-7160, East Hartford,](#)
[CT 06108](#)
- ¿Quién está financiando este estudio de investigación? Administración de Servicios para el
Abuso de Sustancias y de Salud
Mental
- ¿Cuál es el título de este estudio de investigación? Evaluación del programa SOS para la prevención de
suicidios
- ¿Cuánto tiempo durará? La participación de su hijo se completará en 4 meses

Nombre del Estudiante (por favor, en letra de molde) _____

I. A. Propósito del Estudio de Investigación: ROBERT ASELTINE y su personal, está llevando a cabo un estudio de investigación para evaluar el programa de las Señales del Suicidio (SOS), el cual es usado por el sistema educativo de la escuela de su hijo. Nosotros esperamos que aproximadamente 5,000 estudiantes del 6-12no. grado en 44 escuelas, participarán en este proyecto.

B. Procedimientos: Su hijo completará 2 cuestionarios en un periodo de 4 meses. Los cuestionarios serán distribuidos y recogidos por el personal del estudio de tal manera que la confidencialidad de su hijo será protegida. Cada cuestionario se hará durante las horas de clase.

II. Discutir los posibles riesgos para los participantes en el estudio de investigación y medidas de protección usadas para su participación:

Lo único que su hijo hará en este estudio de investigación es completar 2 cuestionarios en dos momentos específicos. Usted podrá encontrar una muestra del cuestionario en la escuela para que la revise. Los cuestionarios incluyen artículos acerca de los sentimientos en el pasado que estén relacionados con depresión e ideas de suicidio. No contienen preguntas acerca de pensamientos o sentimientos en la actualidad. Si las preguntas hacen aparecer sentimientos de tristeza o ansiedad en su hijo, los profesionales de salud mental en la escuela de su hijo (asesores, psicólogos escolares y los trabajadores sociales) estarán disponibles para hablar con él o ella. Los profesionales de salud mental ubicados en la escuela también estarán disponibles para hablar con usted en caso de que esté preocupado por su hijo, y también si es necesario, le ayudarán a conseguir otro tipo de ayuda.

Las respuestas que su hijo provea estarán bajo estricta confidencia. Esto quiere decir que nadie, excepto el investigador y su personal, tendrá acceso a las respuestas provistas por su hijo. Nadie en la escuela tendrá acceso a esta información.

III. Posibles beneficios para usted u otros que pueden esperarse de la participación de su hijo en este estudio:

- A. La escuela se beneficiará al aprender si el programa SOS es efectivo y si este programa debe continuarse en la escuela de su hijo.
- B. Los creadores del programa SOS pueden evaluar y mejorar el programa usando la información de este estudio
- C. Todos los estudiantes del 6-12no. grado que devuelvan una solicitud firmada de consentimiento a sus consejeros para el 30 de septiembre, 2008 entrarán en un sorteo para un premio de una tarjeta de crédito por valor de \$50.00 de regalo o un lector de DVD portátil. Su hijo no tiene que participar en el estudio para ser elegible para estos premios. Ellos entrarán en el sorteo incluso si usted marca la selección "NO" más abajo, siempre y cuando devuelvan la solicitud con su firma.

IV. El investigador responderá cualquier pregunta que usted pueda tener con respecto a este estudio de investigación. Puede llamar a Robert H. Aseltine Jr. PhD, al (860) 679-3282 o gerente del proyecto al (860) 679-2021, o gratuitamente al (866) 705-6623.

V. Si tiene cualquier pregunta con respecto a los derechos de su hijo como participante del estudio de investigación en el UConn Health Center, puede contactar al Representante de la UConn Health Center Institutional Review Board (IRB), al (860) 679-1019 o al (860) 679-4851.

VI. La participación de su hijo es voluntaria y usted puede rehusarse a que su hijo participe o retirar su consentimiento y parar la participación de su hijo en el proyecto, en cualquier momento sin ser penalizado o perder los beneficios a los cuales él o ella tengan derecho. Esto quiere decir que su decisión de participar o no, no afectará el grado de su hijo en esta clase o su posición en la escuela, o el cuidado médico en el futuro de su hijo en el University of Connecticut Health Center/John Dempsey Hospital. Para retirar su consentimiento usted debe enviar una carta a Robert H. Aseltine Jr. Ph D, [Institute for Public Health Research, University of Connecticut, 99 Ash Street, MC-7160, East Hartford, CT 06108](mailto:aseltine@uchc.edu). Todos los datos recogidos hasta esa fecha, serán usados en el análisis.

VII. Se mantendrá la confidencialidad del récord de su hijo de acuerdo de National Institutes of Health Nosotros no pondremos a su disposición las respuestas provistas por su hijo, la escuela o cualquier otro que no esté involucrado en la recolección o análisis de los datos o en la protección de récords para este estudio de investigación. El nombre de su hijo será guardado de manera separada de sus respuestas. Los cuestionarios serán identificados bajo un código para proteger sus nombres. El archivo maestro que conecta el código a su hijo se mantendrá en un gabinete asegurado. El acceso a cualquier computadora que contenga información de este estudio de investigación, será protegido por una contraseña confidencial.

VIII. Al terminar este estudio de investigación, Dr. Aseltine y sus colegas tienen el propósito de publicar un artículo de los hallazgos obtenidos. La información será presentada por medio de un resumen y su hijo no será identificado en ninguna de las presentaciones o publicaciones. Solamente compartiremos la información identificable con las autoridades que deben asegurar que este estudio de investigación cumple con los requisitos y medidas de protección legales, institucionales y/o acreditaciones respectivas.

IX. ¿Conocerá usted los resultados de este estudio de investigación? Usted puede pedir una copia del reporte o publicación final de parte de Robert Aseltine, llamando al 860-679-3282 o por correo electrónico aseltine@uchc.edu.

X. Consentimiento para Participar: Por favor, quédese con una copia de este formulario en su casa y devuelva una firmada y con la fecha respectiva a la escuela. Al firmar este formulario usted reconoce que ha leído (o se le ha leído) este documento de consentimiento informado, y que se le ha dado la oportunidad de hacer preguntas y se les respondieron de manera satisfactoria, y que de manera voluntaria da el consentimiento para que su hijo participe en este proyecto, como lo describe este formulario. También a su hijo se le pedirá si está de acuerdo en participar en el estudio de investigación. Por favor, abajo, marque la casilla que corresponda y firme:

- SÍ, DOY** el permiso para que mi hijo forme parte de este estudio de investigación. Esta autorización vencerá al terminar el proyecto investigativo, el 30 de junio, 2009.
- NO, NO** doy el permiso.

Relación	Nombre en letra de molde	Firma	Fecha
Representante/ Guardián			
Estudiante			

