

"Preventing HIV Risk Behaviors among Hispanic Adolescents"

**Attachment 4c: Parent or Primary Caregiver  
Consent Form (Spanish Language)**

**ESCUELA DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD DE MIAMI**  
**DEPARTAMENTO DE EPIDEMIOLOGIA Y SALUD PÚBLICA**

**Prevención del Abuso de Drogas y el VIH en Adolescentes Hispanos**  
**Formulario de Consentimiento de Padres (Padre Primario)**

A usted y a su hijo(a) se le está pidiendo que participen en un estudio del Centro de la Familia de la Universidad de Miami, y el Centro de Control y Prevención de Enfermedades (CDC). Pedimos su participación porque usted es Hispano, vive en el condado Miami-Dade, y tiene un hijo(a) en el noveno grado en Miami Senior High o Coral Gables Senior High School. Este estudio incluye aproximadamente 180 jóvenes y sus padres. Aquí están las respuestas a las preguntas más comunes sobre el estudio:

**¿Cual es el propósito de la investigación?**

El propósito de este estudio es determinar si una intervención reducirá los riesgos del VIH en jóvenes hispanos. Algunos peligros incluyen conducta sexual riesgosa y el abuso de drogas. Este estudio es importante porque los jóvenes Hispanos están en mayor riesgo de involucrarse en conductas riesgosas (uso de droga y conducta sexual riesgosa) que otros jóvenes, y Miami tiene uno de los más altos índices de VIH y SIDA en los Estados Unidos. Esperamos prevenir el uso de drogas y conducta sexual riesgosa al: (1) mejorar el funcionamiento de la familia (incluyendo como usted y su hijo(a) hablan el uno con el otro) y (2) informarle a su hijo(a) sobre los riesgos del uso de droga y la conducta sexual riesgosa.

**¿Que se me pedirá hacer?**

**Encuestas.** Si tú estás de acuerdo en participar en este estudio, se le pedirá que respondas las preguntas de la encuesta sobre su familia, su hijo(a) y de usted. Los temas incluirán información básica de su lugar de origen, su edad, sus ingresos, nivel educativo, posible uso de droga, su familia y conducta sexual. Usted (o su hijo(a)) no tienen que contestar las preguntas si no quieren. Contestaran las preguntas en una computadora portátil (laptop). Si no decide contestar alguna pregunta, nada malo le pasara como resultado de ello. Un ejemplo de una de las preguntas es “¿Cuándo fue la última vez que habló con su hijo(a) de los planes del él/ella para el día?” A su hijo(a) también se le preguntara sobre la familia, el alcohol y las drogas, y la conducta sexual. Algunas de las preguntas que le podríamos preguntar a su hijo(a) incluyen: 1) “¿Has tenido relaciones sexuales?” y 2) “¿Alguna vez en tu vida has usado cigarrillos, alcohol, o drogas?”. Tan bien le estamos pidiendo su autorización para poder pedir las notas de su hijo(a), los exámenes, reporte de conducta, y los expedientes de asistencia de su escuela.

Le tomara aproximadamente 40 a 50 minutos terminar la encuesta, y aproximadamente 50 a 70 minutos terminar la encuesta a su hijo(a). Usted y su hijo(a) completaran la encuesta 4 veces en los próximos 2 años. La primera vez al iniciar el estudio y luego a los 6 meses, 12 meses, y 24 meses después de la primera vez. También queremos su consentimiento para buscar las notas, y archivos de conducta del colegio de su hijo(a). Si decide no participar en este estudio, nada malo le pasara por participar en el. También, si lo desea, puede dejar de participar en el estudio en cualquier momento.

**Opciones de Tratamiento en el Estudio.** Habrá dos programas. Cada familia del estudio participará en uno de los dos programas. Nosotros asignaremos las familias al azar en los dos grupos, así que cada familia tiene la misma probabilidad de estar en cada programa. Lo que sigue es una descripción de cada uno de los programas.

**Opción de Tratamiento 1.** En este opción de tratamiento, usted y su hijo(a) participarán en el programa “Familias Unidas”. En este programa, usted será parte de 5 sesiones de grupo con otros padres y nuestro personal que duraran 2 horas cada grupo. Tan bien participarán en una sesión familiar que tomará 1 hora. Las sesiones de grupo y la sesión familiar se enfocaran en 1) mejorar el

funcionamiento de la familia (ej. mejorar la manera en que los padres y los jóvenes hablan), 2) mejorar las destrezas para educar a los hijos(as) (ej. ayudar a los padres a conocer las actividades de los amigos(as) de sus hijos(as)), y 3) prevenir el uso de drogas y conducta sexual riesgosa. Después de las reuniones de grupo, habrán tres tareas que toman unos 20 minutos para que usted y su hijo(a) completen juntos. Usted y su hijo(a) también completarán las encuestas.

**Opción de Tratamiento 2.** En esta opción de tratamiento, su familia no recibirá ningún servicio de nuestro personal. Sin embargo, su hijo(a) recibirá información del VIH de parte de la escuela. Usted y su hijo(a) completará también las encuestas.

### **¿Puede pasarme algo malo por participar en este estudio?**

No esperamos que nada malo le pase a usted o a su hijo(a) por participar en este estudio. Pero, se podría compartir datos en el grupo lo cual le podrían incomodar y hacerle sentir avergonzado(a). Se pudiera sentir cansado después de completar la encuesta, o las preguntas que le hacemos le podrían hacer sentir incomodo. Si esto ocurriera, usted o su hijo(a) se pudieran sentir tristes, incómodos, y/o enojados.

### **¿Que gano por participar?**

Puede que no hayan beneficios para usted por participar en este estudio. Pero, usted, su hijo(a), y/o familia pudieran tener menos probabilidades de usar drogas o participar en conductas sexuales de alto riesgo tales como tener sexo sin usar un condón. Dependiendo de cual programa participen, usted, su hijo(a), y/o familia podrían mejorar la comunicación entre ustedes.

### **Compensación.**

Usted recibirá dinero por su tiempo y ser parte de este estudio. Por cada sesión donde complete una encuesta recibirá: \$40 al inicio del estudio, 6 meses después \$45, 12 meses después \$50, y 24 meses después \$55. En total recibirá \$190 si completa todas las encuestas.

### **Grabaciones de Video.**

Las actividades descritas arriba pudieran ser filmadas. Si usted o su hijo(a) participan en este estudio en cualquiera de las actividades, es posible que usted y su hijo(a) sean filmados. Si usted o su hijo(a) no desean ser filmados, cualquiera de los dos pudieran sentarse detrás de la cámara de video. Si usted o su familia deciden hacer esto no serán penalizados en ninguna forma y seguirán recibiendo los mismos servicios.

### **Participación Voluntaria.**

Su participación y la de su hijo(a) es voluntaria. Usted y su hijo(a) son libres de decir que no quieren participar o pueden retirar su consentimiento en cualquier momento. El investigador reserva el derecho de terminar su participación del estudio, sin su consentimiento si cree que esto sería en beneficio para usted. Si usted es empleado o estudiante de la Universidad de Miami, y decide no participar o pide no participar más en el estudio, esto no afectará su trabajo o notas académicas con la Universidad de Miami.

### **¿Que acerca de mi privacidad?**

Lo que usted nos diga será mantenido en confidencialidad hasta donde lo permita la ley. Nosotros protegeremos su privacidad en varias formas. Primero, no compartiremos con nadie lo que usted nos diga (incluyendo al consejero escolar) sin su consentimiento. Para los participantes del Programa 1, otros miembros del grupo escucharán lo que usted diga en el grupo, pero, a todos los miembros del grupo se le pedirá mantener todos los comentarios privados y no divulgar los comentarios con nadie. También, para proteger la privacidad de su hijo(a), no le informaremos a

usted lo que él/ella reporten en las encuestas. Nada de lo que usted nos diga aparecerá en los archivos escolares de hijo(a) o será compartido con el personal de la escuela.

Segundo, le asignaremos un código, para que esa sea la única manera de identificarle con sus respuestas. Mantendremos bajo llave la lista con los nombres y códigos asignados. Mantendremos su nombre para que podamos darle la cita de la encuesta y para informarle de estudios futuros. Solamente el personal del estudio podrá verlos. Su nombre no será guardado con la información recolectada.

Tercero, el personal nunca pondrá su nombre o el de su familia en ningún reporte o data. Cuarto, su número de teléfono y nombre será guardados hasta cinco años después que el estudio termine para contactarle. Después de cinco años, no le llamaremos y destruiremos la lista de nombre y la información personal suya.

Algunas veces las personas en nuestros estudios se mudan y no les podemos localizar. Por esa razón, le pediremos que nos provea nombres y teléfonos de tres personas que siempre sepan como localizarle, en caso que perdamos contacto con usted. No compartiremos nada de lo que comparta con nosotros con ellos. De igual manera pedimos su consentimiento para poder llamarle después que el estudio haya terminado. Por ejemplo, le podríamos llamar para dejarle saber de un estudio que llevaremos a cabo en el futuro.

Hemos obtenido un certificado de confidencialidad de parte del gobierno federal para este estudio con el propósito de proteger su privacidad. Este certificado quiere decir que los investigadores no pueden ser obligados a compartir información con personas que no estén involucradas con el estudio, incluyendo a las cortes, sobre su participación, sin su consentimiento escrito. La única razón en la cual le informaríamos a alguien de los nombres de las personas que participan en este estudio es si hay riesgo de abuso infantil, que un miembro de la familia se quiera hacer daño a él/ella o a otros(as). La ley nos exige que reportemos esto a las autoridades. Si se hace un reporte, le referiremos a usted y a su familia a un centro de salud mental donde le puedan ayudar.

### **Estudios Futuros.**

Podríamos desarrollar estudios con personas que participaron en este estudio. Si llevamos a cabo estos estudios, nos gustaría contactarle para saber si quisiera participar. Si tenemos dificultad contactándole, podríamos contactar a las personas en la lista de contactos para saber donde llamarle.

### **Declaración de Consentimiento.**

Yo acepto participar en el estudio de investigación descrito arriba, Prevención del Abuso de Drogas y el VIH en Adolescentes Hispanos, el cual he leído o se me ha sido explicado por \_\_\_\_\_.

Si decido participar en este estudio que me ha sido explicado, Prevención del Abuso de Drogas y el VIH en Adolescentes Hispanos, yo estoy de acuerdo a:

- (1) Permitir que mi hijo(a) participe en el estudio y entiendo que no tendré acceso a las respuestas que de mi hijo(a) a las encuestas.

- (2) Dar permiso a los investigadores a que contacten la escuela de mi hijo(a) para pedir los expedientes escolares.
- (3) Permitirle a los investigadores a que contacten a las tres personas en mi lista de contactos si no pueden comunicarse conmigo (ej. Me mude, o mi teléfono no funciona).

Sé que tengo el derecho de hacer preguntas en todo momento y que no tengo que contestar las preguntas que no quiera. Entiendo que es mi decisión participar en este estudio. Entiendo que si decido participar en este estudio, puedo dejar de participar en cualquier momento y que nada malo me va a pasar a mi o a mi hijo(a). También se que recibiré dinero por completar las encuestas y por otros aspectos del estudio que ya me fueron explicados.

Se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas y mis dudas han sido contestadas. Sé que recibiré una copia de este formulario de consentimiento. Si tengo alguna pregunta puedo llamar al Dr. Guillermo Prado durante el día al (305)243-2748. Si tengo preguntas acerca de mis derechos como sujeto de investigación, puedo contactar a la Oficina de Investigación Con Sujetos Humanos al (305)243-3195.

Si estoy de acuerdo

No estoy de acuerdo

\_\_\_\_\_  
Nombre del Joven/ Jovencita

\_\_\_\_\_  
Nombre del Padre o Guardián Legal

\_\_\_\_\_  
Firma del Padre o Guardián Legal

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre de la persona obteniendo el consentimiento

\_\_\_\_\_  
Firma de la persona obteniendo el consentimiento

\_\_\_\_\_  
Fecha

**Grabaciones.**

El Centro de Estudios para la Familia de la Universidad de Miami quiere filmar, tomar fotos y grabar el sonido de usted y su hijo(a).

La Universidad de Miami pudiera usar las fotos, los videos o las grabaciones, en parte o del todo. Por favor lea y seleccione las oraciones con las que usted está de acuerdo:

Para el propósito de investigación  Si  No

Para el propósito de enseñar y entrenar  Si  No

Para el propósito de presentaciones científicas.  Si  No

Las grabaciones se borrarán después de ser analizadas por el estudio, a menos que usted marque el espacio que dice que se pueden mantener indefinidamente.

\_\_\_\_\_Las grabaciones pudieran mantenerse indefinidamente para el propósito de enseñar y entrenar. Todas las grabaciones serán guardadas en un sistema de gabinete con seguridad situados en nuestras oficinas. Solamente nuestro equipo de investigación tiene acceso a las grabaciones. Las grabaciones no son guardadas con su nombre sino con códigos asignados a usted al principio del estudio.

Yo estoy de acuerdo de ser grabado para los propósitos descritos arriba.  Si  No

Yo no estoy de acuerdo para que mi hijo(a) sea grabado para el propósito descrito arriba (Solo si mi hijo(a) tiene menos de 18 años).  Si  No

\_\_\_\_\_  
Nombre del Joven/ Jovencita

\_\_\_\_\_  
Nombre del Padre o Guardián Legal

\_\_\_\_\_  
Firma del Padre o Guardián Legal

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre de la persona obteniendo el consentimiento

\_\_\_\_\_  
Firma de la persona obteniendo el consentimiento

\_\_\_\_\_  
Fecha

**Estudios Futuros.**

Yo acepto ser contactado para estudios futuros, si se llevan a cabo.  Si  No

Yo acepto dejar que mi hijo(a) sea contactado para estudios futuros, si se llevan a cabo (Si mi hijo(a) es menor de 18 años).  Si  No

\_\_\_\_\_  
Nombre del Joven/ Jovencita

\_\_\_\_\_  
Nombre del Padre o Guardián Legal

\_\_\_\_\_  
Firma del Padre o Guardián Legal

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre de la persona obteniendo el consentimiento

\_\_\_\_\_  
Firma de la persona obteniendo el consentimiento

\_\_\_\_\_  
Fecha