

## **Attachment C – Parent/Caregiver Letter, Survey for Participation in Focus Groups, Informed Consent Form for Parent/Caregiver and Informed Consent Form for Student (Parent/Caregiver and Student Consent Package)**

**OMB BURDEN STATEMENT:** According to the Paperwork Reduction Act of 1995, no persons are required to respond to a collection of information unless it displays a valid OMB control number. The valid OMB control number for this information collection is 0584-0523. The time to complete this information collection is estimated as part of the 10 minutes for the screener, including the time for reviewing instructions and completing the information.

[DATE], 2013

Dear Parent/Caregiver,

My name is [Researcher's Name] and I work for the Michael Cohen Group, a research firm that specializes in children, education and media.

We are currently working with your child's school to develop materials and lessons for kindergarten students about nutrition. The United States Department of Agriculture (USDA) is sponsoring this effort. We are interested in getting feedback from both parents/caregivers and students about these materials.

Specifically, the lessons will help kids learn about making healthy food choices from the five food groups and being physically active. The curriculum will include lessons plans, a poster, music, activities, a story, and information for parents/caregivers. It is important for us to get student and parent/caregiver feedback about these materials so the final products are relevant, meaningful, and fun. **To this end, we will be conducting focus groups with parents/caregivers and students at your child's school.**

Included with this letter you will find consent forms with additional information and a brief survey. If your child wishes to participate in the student focus groups, please complete the green "caregiver consent for child participation form" on page 9 and return it to your child's teacher. If you would like to participate in the parent/caregiver focus groups please complete the blue "consent for parent/caregiver participation form" on page 6 and the survey on pages 2-3 and return them to your child's teacher. You do not have to participate for your child to participate.

If chosen to participate in the parent/caregiver focus group, you will receive \$50 as a token of our appreciation.

Thank you for your consideration and we look forward to working with you.

Researcher's Name

**Parents/Caregivers Survey for Participation in Focus Groups**

**OMB BURDEN STATEMENT:** According to the Paperwork Reduction Act of 1995, no persons are required to respond to a collection of information unless it displays a valid OMB control number. The valid OMB control number for this information collection is 0584-0523. The time to complete this information collection is estimated as part of the 10 minutes for the screener, including the time for reviewing instructions and completing the information.

**Please choose the option that best answers each question for you.**

**1) Are you the parent or guardian of any children in kindergarten who live at home with you?**

- yes
- no

**2) Is this your first child in Kindergarten?**

- yes
- no

**3) What is your primary language? \_\_\_\_\_**

**4) Gender**

- Male
- Female

**5) What is your current age?**

- Under 20
- 20-29
- 30-39
- 40-49
- 50+

**6) Ethnicity**

- Hispanic or Latino
- Not Hispanic or Latino

**7) Race (select one or more)**

- American Indian or Alaskan Native
- Asian
- Black or African American
- Native Hawaiian or Other Pacific Islander
- White

**8) What is your country of origin? \_\_\_\_\_**

**9) Which of the following represents the level of formal education you have completed to this point?**

- Have completed some high school
- Have a high school diploma
- Have completed some college
- Have a college degree

- Have completed some graduate work
- Have a graduate degree or more

**10) Does anyone in your household work in any of the following industries?**

- Nutrition/Food Service
- Fitness
- Food manufacturing
- School Food Service
- Food/Nutrition Assistance Programs

**11) Does your child have a food allergy or medical condition that requires a specialized diet?**

- yes
- no

***Informed Consent for Parent/Caregiver Form***

STUDY TITLE: Formative Research for MyPlate Kindergarten Curriculum Materials

PROTOCOL NUMBER: 251G

PRINCIPAL INVESTIGATOR: Michael Cohen, Ph.D.

TELEPHONE: 212-431-2252

ADDRESS: SoHo Research Centre  
375 West Broadway, Suite 502  
New York, NY 10012

**OMB BURDEN STATEMENT:** According to the Paperwork Reduction Act of 1995, no persons are required to respond to a collection of information unless it displays a valid OMB control number. The valid OMB control number for this information collection is 0584-0523. The time to complete this information collection is estimated as part of the 10 minutes for the screener, including the time for reviewing instructions and completing the information.

**BACKGROUND AND PURPOSE:**

You are invited to participate in a research study conducted by Michael Cohen Group as part of a United States Department of Agriculture sponsored effort to develop nutrition lessons for kindergarten children. Michael Cohen Group is an international research firm that specializes in children, education and media.

We are working to help develop nutritional lessons for kindergarten students and a useful and informational handout for parents/caregivers based on the MyPlate guidelines for making healthy food choices. If you participate, you will be asked questions about the handout and about nutrition in general.

**PROCEDURES:**

As part of this research project, you will be asked to participate in a focus group interview about nutrition activities and information for you and your kindergarten child. The interview will be done in a group setting with other parents/caregivers of kindergarten students like you. The interview will last about 90 minutes. About 36 parents/caregivers will participate in total, 6 in each group. The interview will be audio-recorded for internal research purposes only.

**POSSIBLE RISKS AND BENEFITS:**

We do not anticipate any risks associated with being in this study. We do not promise that you will receive any benefits from this study. However, we do anticipate that most people will enjoy participating in the research process.

**STIPEND:**

At the end of the research activities, you will receive \$50 as a token of appreciation.

**PARTICIPANTS' RIGHTS:**

Participation in this study is voluntary. We will not work with you unless you give your consent. You have the right to change your mind and withdraw your consent or discontinue participation at any time without any penalty or loss of the benefits to which you are otherwise entitled. You have the right to refuse to answer particular questions. Your comments will be kept secure and only used for research purposes, except as otherwise required by law.

Your name, addresses, and phone numbers will only be used to contact you about this research activity. They will not be given to anyone else for other purposes. The research may be audiotaped for research purposes only. Your name will never be used in any reports of our research findings. All data will be identified only by an ID number, not by any name.

**CONTACT INFORMATION:**

If you have any questions, concerns or complaints about this research study, its procedures or risks and benefits, please contact the Principal Investigator, at the telephone number listed on the first page of this form.

If you have any questions or complaints about your rights as a research subject, contact:

- **Mail:**  
Study Subject Adviser  
Chesapeake Research Review, Inc.  
7063 Columbia Gateway Drive, Suite 110  
Columbia, MD 21046
- **Call collect:** 410-884-2900
- **Email:** [adviser@irbinfo.com](mailto:adviser@irbinfo.com)

***Informed Consent for Parent/Caregiver Form***

**Please complete the section below if you agree to participate.**

I, \_\_\_\_\_, agree to participate in this research  
[your name]  
project with the Michael Cohen Group. I understand that I may stop participation at any  
time.

\_\_\_\_\_  
Signature  
**A copy of this consent form will be given to you to keep.**

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Phone (for focus group scheduling only)

\_\_\_\_\_  
Email Address (for focus group scheduling only)

**Parent/Caregiver Informed Consent for Student Participation Form**

STUDY TITLE: Formative Research for MyPlate Kindergarten Curriculum Materials

PROTOCOL NUMBER: 251G

PRINCIPAL INVESTIGATOR: Michael Cohen, Ph.D.

TELEPHONE: 212-431-2252

ADDRESS: SoHo Research Centre  
375 West Broadway, Suite 502  
New York, NY 10012

**OMB BURDEN STATEMENT:** According to the Paperwork Reduction Act of 1995, no persons are required to respond to a collection of information unless it displays a valid OMB control number. The valid OMB control number for this information collection is 0584-0523. The time to complete this information collection is estimated as part of the 10 minutes for the screener, including the time for reviewing instructions and completing the information.

**BACKGROUND AND PURPOSE:**

Your child is invited to participate in a research study conducted by Michael Cohen Group as part of a United States Department of Agriculture sponsored effort to develop nutrition lesson plans for kindergarten children. Michael Cohen Group is an international research firm that specializes in children, education and media.

We are working to help develop nutrition lessons that include activities, a song, a poster, a story, and a parent/caregiver handout that teach children about making healthy food choices, the five food groups, and MyPlate. If your child chooses to participate, s/he will be asked questions about characters for an educational story and curriculum materials.

**PROCEDURES:**

As part of this research project, your child will be asked to participate in a small group interview about nutrition education materials, such as illustrated characters to include in a story and a song about the food groups. The interview will be done in a small group setting with other kindergarten students in your child's school. The interview will last about 30 minutes. About 36 kindergarten students will participate in total, 4 per group. Interviews will be video-recorded for internal research purposes only.

**POSSIBLE RISKS AND BENEFITS:**

We do not anticipate any risks associated with being in this study. While we do not promise that your child will receive any benefits from this study, we anticipate that most children will enjoy participating in the research process.

**STIPEND:**

At the end of the study, your child will be thanked for his/her participation. Your child's school will also receive a gift for helping us with this project.

**PARTICIPANTS' RIGHTS:**

Participation in this study is voluntary. We will not work with your child unless you give your consent. If you give permission for your child to be in the study, but your child does not want to participate, then your child will not be in the study. Your child will be reminded that participation is voluntary by our researchers before the start of the activities. You and your child both have the right to change your mind and withdraw your consent or discontinue participation at any time without any penalty or loss of the benefits to which s/he is otherwise entitled.

Your child has the right to refuse to answer particular questions. Their comments will be kept secure and only used for research purposes, except as otherwise required by law. Your name will not be divulged in any reports of this research.

The research will not be used in any advertising. Your child will not be identified in any reports. All data will be identified only by an ID number, not by any child's name. The research may be audiotaped or videotaped for research purposes only. Your child's name will ever be used in any documentation of our research findings. Your child's voice, or image will never appear in public without your written consent.

**CONTACT INFORMATION:**

Questions, Concerns, or Complaints: If you have any questions, concerns or complaints about this research study, its procedures, risks and benefits, please contact the Principal Investigator, at the telephone number listed on the first page of this form.

If you have any questions or complaints about your rights as a research subject, contact:

- **Mail:**  
Study Subject Adviser  
Chesapeake Research Review, Inc.  
7063 Columbia Gateway Drive, Suite 110  
Columbia, MD 21046
- **Call collect:** 410-884-2900
- **Email:** [adviser@irbinfo.com](mailto:adviser@irbinfo.com)



**Please discuss this study with your child. Please complete the section below if you agree to allow your child to participate.  
A copy of this consent form will be given to you to keep.**

My child, \_\_\_\_\_, has my permission to  
[Name of Child]  
participate in this research project with the Michael Cohen Group. I have also discussed the study with my child and s/he has indicated that s/he would like to participate in the study. My child and I both understand that either of us may stop my child's participation at any time.

\_\_\_\_\_  
Signature(s) of Parent(s) or Legal Guardian

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Print First and Last name of Parent or Legal Guardian

**OMB Declaración de Carga:** Según la Ley de Reducción de Trabajo Administrativo de 1995 (The Paperwork Reduction Act of 1995), ninguna persona tiene la obligación de responder a un cuestionario para recaudar información a menos que éste lleve un número de control válido de la Oficina de Administración y Presupuesto (OMB, por sus siglas en inglés). El número de control OMB válido para este cuestionario es 0584-0524. Se estima que el tiempo promedio necesario para completar este cuestionario es de 10 minutos para el encuestador, incluyendo el tiempo para revisar las instrucciones y completar la información.

[DATE], 2013

Querido/a Padre/Madre/Cuidador(a),

Yo me llamo Gerad O'Shea y trabajo para Michael Cohen Group, una empresa de investigación que se especializa en niños, la educación, y los medios de comunicación.

Actualmente, estamos trabajando con la escuela de su hijo/a para desarrollar materiales y lecciones para niños en "kindergarten" sobre la nutrición. Este esfuerzo es financiado por el Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA). A este fin, nos interesa recibir cualquier comentarios sobre estas materiales de los padres/cuidadores.

Específicamente, las lecciones ayudarán los niños a seleccionar comida saludable de los cinco grupos alimenticios de frutas, vegetales, cereales, proteína, y lácteos. También el programa se enfoca en promover actividades físicas. El plan de estudios incluye planes de lecciones, una póster, música, actividades, un cuento, y información para padres/madres y cuidadores. Es muy importante que recibamos las reacciones de los estudiantes y de los padres/madres/cuidadores a estas materiales así que podemos hacerlas pertinentes, significativas, y divertidas. **A este fin, conduciremos grupos de enfoque con padres/madres/cuidadores y estudiantes en la escuela de su hijo/a.**

Incluidos con esta carta Ud. encontrará formularios de consentimiento con información adicional y una breve encuesta. Si su hijo/a desea participar, por favor complete el "formulario de consentimiento del cuidador para la participación del hijo/a" (verde) en la página 9. Si Ud. quisiera participar en la entrevista acerca del folleto por favor complete el formulario azul: "consentimiento informado para padre/madre/cuidador(a)" en la página 6, y la encuesta en las páginas 2-3 y entréguelos a el/la maestro/a de su hijo/a. Ud. no tiene que participar para que su hijo/a pueda participar.

Si Ud. está escogido para participar en el grupo de padres/madres/cuidadores recibirá un pago de \$50 como un muestro de nuestra agradecimiento.

Gracias por su consideración y deseamos trabajar con Ud. pronto.

Gerad O'Shea

**Encuesta para Padres/Cuidadores para Participar en Grupos Focales**

**OMB Declaración de Carga:** Según la Ley de Reducción de Trabajo Administrativo de 1995 (The Paperwork Reduction Act of 1995), ninguna persona tiene la obligación de responder a un cuestionario para recaudar información a menos que éste lleve un número de control válido de la Oficina de Administración y Presupuesto (OMB, por sus siglas en inglés). El número de control OMB válido para este cuestionario es 0584-0524. Se estima que el tiempo promedio necesario para completar este cuestionario es de 10 minutos para el encuestador, incluyendo el tiempo para revisar las instrucciones y completar la información.

Por favor escoja la opción que mejor conteste a la pregunta para Ud.

1) **¿Es Ud. el padre/la madre o cuidador(a) de algun(a) hijo/a en los grados 1 a 6 que vive en casa con Ud.?**

- Sí  
 No

2) **Por favor indique las edades y los géneros de todos los niños que están en los grados 1 a 6 y que viven en casa con Ud.**

- 5 años  hijo /  hija  
6 años  hijo /  hija  
7 años  hijo /  hija  
8 años  hijo /  hija  
9 años  hijo /  hija  
10 años  hijo /  hija  
11 años  hijo /  hija  
12 años  hijo /  hija  
13 años  hijo /  hija

3) **Etnia**

- Hispano o Latino  
 No Hispano o Latino

4) **Raza (escoja una o más)**

- Indio/a Americano/a o Americano/a indígena  
 Asiático/a  
 Negro/a o Afro-Americano/a  
 Hawaiano/a indígena u otro/a isleño/a pacífico/a  
 Blanco/a

5) **¿En cuál de las siguientes categorías se encuentran sus ingresos familiares?**

- Menos de \$20,000  
 \$20-\$39,000  
 \$40-49,999  
 \$50-79,999  
 \$80-99,999  
 \$100-\$120,000  
 Más de \$120,000

6) **¿Cual es su primer lengua?** \_\_\_\_\_

- 7) **¿Cuál es su país de origen?** \_\_\_\_\_
- 8) **¿Cuál de los siguientes representa el nivel de educación formal que Ud. ha completado hasta ahora?**
- He hecho un poco de escuela secundaria
  - Tengo un diploma de escuela secundaria
  - He hecho un poco de estudios universitarios
  - Tengo un diploma universitario
  - He hecho un poco de estudios posgrados
  - Tengo un diploma de posgrado o más
- 9) **¿Tiene Ud. o tiene su hijo/a alguna de las siguientes restricciones alimenticias?**
- Vegetariano/a
  - Alergia alimentaria
  - Dieta diabética
  - Otras restricciones alimenticias \_\_\_\_\_ (por favor especifique)
  - No, no tenemos ninguna restricción alimenticia
- 10) **¿Ud. o algún miembro de su hogar o familia nuclear trabaja o estudia actualmente o alguna vez en el pasado en alguno de los siguientes campos?**
- Nutrición
  - Dietética
  - Maestro/a de Salud
  - Ninguno

**Formulario de Consentimiento Informado Para Padre/Madre/Cuidador(a)**

TÍTULO DEL ESTUDIO: Investigación Formativa para Planes de lecciones de escuela primaria de MiPlato

NÚMERO DE PROTOCOLO: 213G

INVESTIGADOR PRINCIPAL Michael Cohen, Ph.D.

TELÉFONO 212-431-2252

DIRECCIÓN SoHo Research Centre  
375 West Broadway, Suite 502  
New York, NY 10012

**OMB Declaración de Carga:** Según la Ley de Reducción de Trabajo Administrativo de 1995 (The Paperwork Reduction Act of 1995), ninguna persona tiene la obligación de responder a un cuestionario para recaudar información a menos que éste lleve un número de control válido de la Oficina de Administración y Presupuesto (OMB, por sus siglas en inglés). El número de control OMB válido para este cuestionario es 0584-0524. Se estima que el tiempo promedio necesario para completar este cuestionario es de 10 minutos para el encuestador, incluyendo el tiempo para revisar las instrucciones y completar la información.

**CONTEXTO Y PROPÓSITO:**

Ud. ha sido invitado/a a participar en una investigación llevada a cabo por el Michael Cohen Group como parte de un esfuerzo financiado por el Departamento de la Agricultura de los Estados Unidos por desarrollar planes de lecciones para niños en los grados 1 a 6. Michael Cohen Group es una empresa internacional de investigación y consultoría que se especializa en niños, la educación, y los medios de comunicación.

Actualmente, estamos trabajando con una empresa que se llama JMH Education para ayudar a desarrollar un folleto útil e informativo para padres/cuidadores basado en las sugerencias de comida saludable en MyPlate.gov. Nos interesan mucho sus opiniones y experiencia de la nutrición y la información nutritiva para niños y familias.

**PROCEDIMIENTOS:**

Como parte de este proyecto investigativo, le pediremos a Ud. que participe en una entrevista con un grupo focal de la nutrición en la escuela de su hijo/a. La entrevista se llevará a cabo en forma grupal con otros padres/cuidadores de alumnos en los grados 1 a 6 como Ud. La entrevista durará aproximadamente 90 minutos. Unos 20 padres/cuidadores participarán en total, 10 por grupo. El audio del entrevista será recuerdo solamente para uso internal.

**RIESGOS Y BENEFICIOS POSIBLES:**

No tenemos previsto ningún riesgo relacionado con participar en este estudio. No prometemos que recibirá algún beneficio de este estudio. Sin embargo, sí tenemos previsto que la mayoría de las personas disfruten participando en el procedimiento investigativo.

**INCENTIVO:**

Al final de la investigación usted recibirá 50 dólares en agradecimiento por su participación.

**DERECHOS DEL PARTICIPANTE:**

Su participación en este estudio es voluntaria. No trabajaremos con Ud. a no ser que nos dé su consentimiento. Ud. tiene el derecho de cambiar de opinión y cancelar su consentimiento o de discontinuar de participar en cualquier momento sin pena ni pérdida de los beneficios a los cuales Ud. todavía tendría derecho. Su nombre no será divulgado en ningún informe de esta investigación.

La investigación no se usará en ninguna publicidad. Ud. no será identificado/a en ninguno de los informes. Todos los datos se identificarán sólo por un número de identificación, no por ningún nombre. Las investigaciones pueden ser grabadas con audio o video para propósitos investigativos solamente. Toda grabación de audio o de video coleccionada como parte de la investigación será destruida una vez completado el análisis. Respetamos su privacidad y mantendremos una confidencialidad estricta – su nombre nunca será usado en ninguna documentación de nuestros resultados investigativos. Sus voz o imagen nunca aparecerán en público sin su consentimiento escrito.

**INFORMACIÓN DE CONTACTO:**

Si tiene alguna pregunta, preocupación, o queja acerca de este estudio investigativo, sus procedimientos o riesgos y beneficios, por favor contacte con el Investigador Principal, al número de teléfono incluido en la primera página de este formulario.

Si tiene alguna pregunta o queja acerca de sus derechos como sujeto de investigación, contacte con:

- **Correo:**  
Study Subject Adviser  
Chesapeake Research Review, Inc.  
7063 Columbia Gateway Drive, Suite 110  
Columbia, MD 21046
- **Llamada de cobro revertido:** 410-884-2900
- **Email:** [adviser@irbinfo.com](mailto:adviser@irbinfo.com)

**Por favor complete la siguiente sección si consiente en participar.**

Yo, \_\_\_\_\_, consiento en participar en este proyecto investigativo  
[su nombre]  
con el Michael Cohen Group. Yo entiendo que puedo dejar de participar en cualquier momento.

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha

**Ud. recibirá una copia de este formulario de consentimiento para guardar.**

**Padre/Madre o Representante Legalmente Autorizado/a  
Formulario de Consentimiento Informado para Alumno/a**

TÍTULO DEL ESTUDIO: Investigación Formativa para Planes de lecciones  
de escuela primaria de MiPlato

NÚMERO DE PROTOCOLO: 213G

INVESTIGADOR PRINCIPAL Michael Cohen, Ph.D.

TELÉFONO 212-431-2252

DIRECCIÓN SoHo Research Centre  
375 West Broadway, Suite 502  
New York, NY 10012

**OMB Declaración de Carga:** Según la Ley de Reducción de Trabajo Administrativo de 1995 (The Paperwork Reduction Act of 1995), ninguna persona tiene la obligación de responder a un cuestionario para recaudar información a menos que éste lleve un número de control válido de la Oficina de Administración y Presupuesto (OMB, por sus siglas en inglés). El número de control OMB válido para este cuestionario es 0584-0524. Se estima que el tiempo promedio necesario para completar este cuestionario es de 10 minutos para el encuestador, incluyendo el tiempo para revisar las instrucciones y completar la información.

**CONTEXTO Y PROPÓSITO:**

Su hijo/a ha sido invitado/a a participar en una investigación llevada a cabo por Michael Cohen Group como parte de un esfuerzo financiado por el Departamento de la Agricultura de los Estados Unidos por desarrollar planes de lecciones para niños en los grados 1 a 6. Michael Cohen Group es una empresa internacional de investigación y consultoría que se especializa en niños, la educación, y los medios de comunicación.

Actualmente, estamos trabajando con una empresa que se llama JMH Education para ayudar a desarrollar un folleto útil e informativo para padres/cuidadores basado en las sugerencias de comida saludable en MyPlate.gov. Su hijo/a desea participar, le pediremos que complete una breve encuesta antes y después de recibir tres lecciones de nutrición. Nos interesan las opiniones de niños en los grados 1 a 6 acerca de la presentación de la información y sus reacciones a las lecciones. Le haremos preguntas de estos temas.

**PROCEDIMIENTOS:**

Como parte de este proyecto investigativo, una breve encuesta será distribuida por el/la maestro/a de su hijo/a antes y después de las tres lecciones de nutrición. Su hijo/a completará la encuesta durante la clase y entregará la encuesta completada a su maestro/a. Todas las preguntas se tratan de la reacción de su hijo/a a las lecciones de nutrición y el contenido de las lecciones. Estamos pidiendo a todos los alumnos de la clase de su hijo/a que participen. El video del entrevista será recuerdo solamente para uso internal.



**RIESGOS Y BENEFICIOS POSIBLES:**

No tenemos previsto ningún riesgo relacionado con participar en este estudio. No prometemos que recibirá algún beneficio de este estudio. Sin embargo, sí tenemos previsto que la mayoría de las personas disfruten participando en el procedimiento investigativo.

**INCENTIVO:**

Al final del estudio, su hijo/a será agradecido/a por su participación. La escuela de su hijo/a también recibirá un regalo por habernos ayudado con este proyecto.

**DERECHOS DEL PARTICIPANTE:**

La participación de su hijo/a en este estudio es voluntaria. No trabajaremos con su hijo/a a no ser que Ud. nos dé su consentimiento. Si Ud. permite que su hijo/a esté en el estudio, pero su hijo/a no quiere participar, su hijo/a no estará en el estudio. Los investigadores le recordarán a su hijo/a antes del comienzo de las actividades que su participación es voluntaria. Ud. y su hijo/a tienen el derecho de cambiar de opinión y cancelar su consentimiento o de discontinuar de participar en cualquier momento sin pena ni pérdida de los beneficios a los cuales su hijo/a todavía tendría derecho.

Su hijo/a tiene el derecho de negarse a responder a preguntas particulares. Sus comentarios se guardarán seguramente y se usarán para propósitos investigativos solamente, a menos que lo contrario sea requerido por la ley. Su nombre no será divulgado en ningún informe de esta investigación.

La investigación no se usará en ninguna publicidad. Su hijo/a. no será identificado/a en ninguno de los informes. Todos los datos se identificarán sólo por un número de identificación, no por el nombre de ningún niño/a. Las investigaciones pueden ser grabadas con audio o video para propósitos investigativos solamente. Toda grabación de audio o de video coleccionada como parte de la investigación será destruida una vez completado el análisis. El nombre de su hijo/a nunca será usado en ninguna documentación de nuestros resultados investigativos. Los comentarios, voz, o imagen de su hijo/a nunca aparecerán en público sin el consentimiento escrito de Ud.

**INFORMACIÓN DE CONTACTO:**

Preguntas, Preocupaciones, o Quejas: Si tiene alguna pregunta, preocupación, o queja acerca de este estudio investigativo, sus procedimientos o riesgos y beneficios, por favor contacte con el Investigador Principal, al número de teléfono incluido en la primera página de este formulario.

Si tiene alguna pregunta o queja acerca de sus derechos como sujeto de investigación, contacte con:

- **Correo:**  
Study Subject Adviser  
Chesapeake Research Review, Inc.  
7063 Columbia Gateway Drive, Suite 110  
Columbia, MD 21046
- **Llamada de cobro revertido:** 410-884-2900
- **Email:** [adviser@irbinfo.com](mailto:adviser@irbinfo.com)

**Por favor discuta este estudio con su hijo/a. Por favor complete la siguiente sección si consiente en que su hijo/a participe.**

Mi hijo/a \_\_\_\_\_ tiene mi permisión para participar en este  
[nombre del hijo/a]  
proyecto investigativo con el Michael Cohen Group. También he discutido el estudio con mi hijo/a y él/ella ha indicado que quisiera participar en el estudio. Mi hijo/a y yo entendemos que cualquiera de los dos puede parar la participación de mi hijo/a en cualquier momento.

\_\_\_\_\_  
Firma del padre/madre/tutor(a) legal

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre y Apellido del padre/madre/tutor(a) legal en letra de imprenta

**Le daremos una copia de este formulario de consentimiento para guardar.**