

**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 required to complete this information collection is estimated to average 20 minutes response, including time to review instructions, search existing data resources, gather the data needed, and complete and review the information collection.

**Attachment B - Parent/Caregiver Letter, Survey for Participation in Focus Groups, Informed Consent Form for Parent/Caregiver and Informed Consent Form for Student (English and Spanish Versions)**

[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.

The MyPlate nutrition lessons and materials will help kids learn about making healthy food choices from the five food groups and being physically active. The curriculum will also include nutrition information for parents/caregivers. We want to hear from parent/caregivers and students about these materials so we can improve them if needed. **As a result, we are inviting you to participate in focus groups at your child's school.** We would also like to invite your kindergarten-age child to participate in a short interview about what they learned from the lessons.

Included with this letter you will find consent forms with additional information and a brief survey. If your kindergarten age child wishes to participate in the student interview, please complete the green "Caregiver Consent for Child Participation Form" on page 9 and return it to your child's teacher. If you wish to participate in a parent/caregiver focus group please complete the blue "Consent for Parent/Caregiver Participation Form" on page 6 and the surveys on pages 2-5 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. In order to be considered for the focus group, you must complete and return the brief survey included with this letter.

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

Researcher's Name

**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 required to complete this information collection is estimated to average 20 minutes response, including time to review instructions, search existing data resources, gather the data needed, and complete and review the information collection.

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

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) **What is your primary language? \_\_\_\_\_**
  
- 3) **Gender**  
 Male  
 Female
  
- 4) **What is your current age?**  
 Under 20  
 20-29  
 30-39  
 40-49  
 50+
  
- 5) **Ethnicity**  
 Hispanic or Latino  
 Not Hispanic or Latino
  
- 6) **Race (select one or more)**  
 American Indian or Alaskan Native  
 Asian  
 Black or African American  
 Native Hawaiian or Other Pacific Islander  
 White
  
- 7) **What is your country of origin? \_\_\_\_\_**
  
- 8) **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

Site: \_\_\_\_\_  
Date: \_\_\_\_\_

OMB Control # 0584-0523  
Expiration Date: 01/31/2016

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

9) **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

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

- yes
- no

11) **Last week, did your family participate in a physical activity together?**

- yes if yes, what was it? \_\_\_\_\_
- no

12) **During a typical week, how often does your child eat breakfast??**

- 1-2 days
- 3-4 days
- 5-6 days
- 7 days

13) **Does your child's school invite parents/caregivers to eat meals (lunch or breakfast) with the children in school?**

- yes - if yes, have you ever eaten a meal at your child's school? Yes / No
- no

14) **Over the past month, have you tried something new to help your child make healthier food choices?**

- yes if yes, what was it? \_\_\_\_\_
- no

15) **Have you ever seen this image before?**

- yes
- no

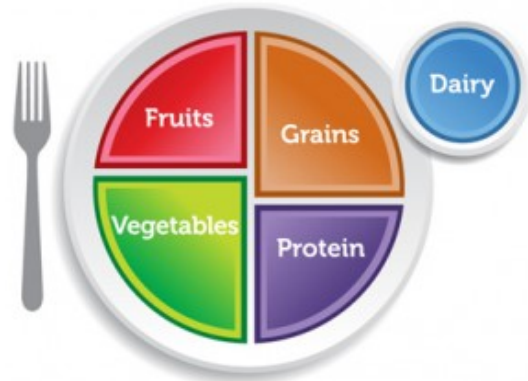
16) **What does this image mean to you?**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



1)



Site: \_\_\_\_\_  
Date: \_\_\_\_\_

OMB Control # 0584-0523  
Expiration Date: 01/31/2016

**STIPEND:**

If chosen for the focus group, 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 focus groups will 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)

Site: \_\_\_\_\_  
Date: \_\_\_\_\_

OMB Control # 0584-0523  
Expiration Date: 01/31/2016

***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

\_\_\_\_\_  
Date

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

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

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



Site: \_\_\_\_\_  
Date: \_\_\_\_\_

OMB Control # 0584-0523  
Expiration Date: 01/31/2016

**COMPENSATION:**

At the end of the study, your child will be thanked for his/her participation. Your child's school will also receive \$350 as a token of our appreciation.

**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.

Their comments will be kept secure and only used for research purposes, except as otherwise required by law. All data will be identified only by an ID number, not by any child's name. Their name will not be divulged in any reports of this research.

**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)



Site: \_\_\_\_\_  
Date: \_\_\_\_\_

OMB Control # 0584-0523  
Expiration Date: 01/31/2016

***Informed Consent for Child Form***

**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 the interviews 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

Site: \_\_\_\_\_  
Date: \_\_\_\_\_

OMB Control # 0584-0523  
Expiration Date: 01/31/2016

**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.

Abril, 2013

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

Mi nombre es Gerad O'Shea y trabajo para Michael Cohen Group, una empresa de investigación que se especializa en niños, educación y los medios de comunicación.

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

Las lecciones del "MiPlato," ayudarán los niños a aprender a seleccionar comida saludable de los cinco grupos alimenticios: frutas, vegetales, cereales, proteína, y lácteos. También el programa se enfoca en promover actividades físicas. El plan de estudios incluye información sobre nutrición para padres y cuidadores. Es muy importante que recibamos las opiniones de los estudiantes y de los padres/cuidadores sobre estos, así podemos hacer los materiales educativos pertinentes, significativos y divertidos. **A este fin, conduciremos "grupos de enfoque" (grupos de discusión) con padres/cuidadores y estudiantes en la escuela de su hijo/a.** Además, queremos invitar a su niño de edad "kindergarten" a participar en una entrevista corta sobre lo que aprendió de las lecciones.

Incluidos con esta carta Ud. encontrará formularios de consentimiento con información adicional y una breve encuesta. Si su hijo/a de edad "kindergarten" 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 un "grupo de enfoque" (grupo de discusión) por favor complete el formulario azul: "consentimiento informado para padre/cuidador(a)" en la página 6. Y también la encuesta en las páginas 2-5 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/cuidadores recibirá un pago de \$50 como una muestra de nuestro agradecimiento. Para que lo escojamos, es necesario que complete y entregue la encuesta incluido en esta carta.

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

Gerad O'Shea

**Encuesta para Padres/Cuidadores para Participar en “Grupos de Discusión”**

**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 Kindergarten que vive en casa con Ud.?**

- ( ) Sí  
( ) No

2) **¿Cual es su lengua materna?**

\_\_\_\_\_

3) **Género**

- ( ) Hombre  
( ) Mujer

4) **¿Cual es su edad actual?**

- ( ) Menos de 20  
( ) 20-29  
( ) 30-39  
( ) 40-49  
( ) 50+

5) **Etnia/Etnicidad**

- ( ) Hispano o Latino  
( ) No Hispano o Latino

6) **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

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) **¿Ud. o algún miembro de su hogar trabaja actualmente en los siguientes campos?**  
( ) Nutrición/Servicios de alimentos  
( ) Ejercicio  
( ) Manufactura de alimentos  
( ) Servicios de alimentos escolares  
( ) Programas de asistencia para alimentos/nutrición
- 10) **¿Tiene su hijo/a una alergia a alguna comida o una condición medica que requiere una dieta especializada?**  
( ) Sí  
( ) No
- 11) **¿Han participado con su familia en algún actividad física durante la semana pasada?**  
( ) Si ¿Si ha respondido que si, que tipo de actividad? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
( ) No
- 12) **¿En una semana típica, cuantas veces come el desayuno su hijo/a?**  
( ) 1-2 días  
( ) 3-4 días  
( ) 5-6 días  
( ) 7 días
- 13) **¿Ha invitado la escuela de su hijo/a a los padres/cuidadores comer con sus hijos en la escuela?**  
( ) Sí ¿Si ha respondido que si, ha comido en la escuela de su hijo/a? **Sí / No**  
( ) No
- 14) **¿Durante el mes pasado, ha probado algo nuevo para ayudar a su hijo/a a escoger alimentos saludables?**  
( ) Si ¿Si ha respondido que sí, que hizo?  
( ) No

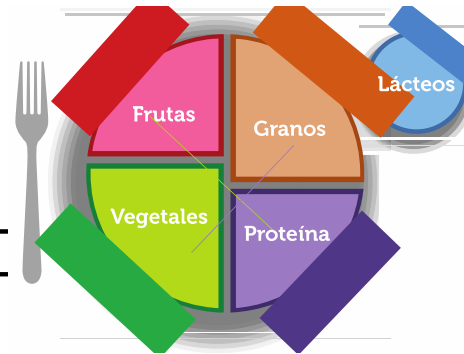
- 15) **¿Ha visto este imagen antes?**  
( ) Si  
( ) No

- 16) **¿Qué significa esta imagen para usted?**

---

---

---



**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.

***Formulario de Consentimiento Informado Para Padres/Cuidador/a/s***

TÍTULO DEL ESTUDIO: Investigación Formativa para Planes de lecciones de kindergarten de MiPlato

NÚMERO DE PROTOCOLO: 251G

INVESTIGADOR PRINCIPAL Michael Cohen, Ph.D.

TELÉFONO 212-431-2252

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

**CONTEXTO Y PROPÓSITO:**

Ud. 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 para desarrollar planes de lecciones para niños en kindergarten. 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 para ayudar a desarrollar lecciones educativas acerca de nutrición y un folleto útil e informativo para padres/cuidadores basado en las sugerencias de comida saludable de "MiPlato" y una guía de nutrición balanceada del 2010. Si Ud. participa nos interesaría mucho saber sus opiniones y comentarios acerca de la experiencia que usted y su hijo/a obtuvo a través del grupo de discusión y de la lectura del folleto.

**PROCEDIMIENTOS:**

Como parte de este proyecto investigativo, le pediremos a Ud. que participe en un grupo de discusión a través de una entrevista, acerca de las actividades nutricionales e información que Ud. posee. La entrevista se llevará a cabo en forma grupal con otros padres/cuidadores como Ud. La entrevista durará aproximadamente 90 minutos. Unos 16 padres/cuidadores participarán en total, 8 por grupo. Esto se grabará solamente con propósitos de investigaciones. También le pediremos que responda a una encuesta al principio del grupo de discusión.

**RIESGOS Y BENEFICIOS POSIBLES:**

Site: \_\_\_\_\_  
Date: \_\_\_\_\_

OMB Control # 0584-0523  
Expiration Date: 01/31/2016

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)

Site: \_\_\_\_\_  
Date: \_\_\_\_\_

OMB Control # 0584-0523  
Expiration Date: 01/31/2016

***Formulario de Consentimiento Informado Para Padres/Cuidador/a/s***

**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.**

\_\_\_\_\_  
Número de teléfono (solo con el objetivo de programación)

\_\_\_\_\_  
Dirección de email (solo con el objetivo de programación)

Site: \_\_\_\_\_  
Date: \_\_\_\_\_

OMB Control # 0584-0523  
Expiration Date: 01/31/2016

**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.

***Padres/ 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: 251G

INVESTIGADOR PRINCIPAL Michael Cohen, Ph.D.

TELÉFONO 212-431-2252

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

**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 Kindergarten. 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 para ayudar a desarrollar un folleto útil e informativo que incluye actividades, canciones, posters y un cuento acerca de cómo tomar decisiones correctas y saludables sobre nutrición basadas en los cinco (5) grupos de alimentos recomendados y "MiPlato". Su hijo/a desea participar, le haremos algunas preguntas acerca de hábitos saludables de alimentación y actividad física.

**PROCEDIMIENTOS:**

Como parte de este proyecto investigativo, su hijo/a participara de dos entrevistas individuales acerca de hábitos saludables de alimentación y actividad física. Estas entrevistas se llevaran a cabo en la escuela de su hijo/a. Antes de cada lección enseñada a su hijo/s se le entrevistará y luego otra vez después de unas semanas que la lección ya se ha enseñado. Estas dos entrevistas juntas llevarán un tiempo de 30 minutos. La entrevistas se llevaran a cabo durante la hora de clase. Acerca de 84 estudiantes participaran en este proyecto, 21 de cada clase.



Site: \_\_\_\_\_  
Date: \_\_\_\_\_

OMB Control # 0584-0523  
Expiration Date: 01/31/2016

### **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 incentivo de \$350 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)

Site: \_\_\_\_\_  
Date: \_\_\_\_\_

OMB Control # 0584-0523  
Expiration Date: 01/31/2016

**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.**