

CONSENTIMIENTO PARA PARTICIPAR EN UN ESTUDIO

Residente – Consentimiento del niño para dar una muestra de saliva

correspondiente a niños de 7 a 17 años de edad

ESTUDIO DE LOS CDC ACERCA DE LAS REGLAS DE NO FUMAR EN VIVIENDAS MULTIFAMILIARES

Por favor lee y escucha con atención este formulario de consentimiento. Puedes hacerle todas las preguntas que desees al miembro del personal. Leer este formulario y hablar con el personal del estudio puede ayudarte con tu decisión de participar o no participar.

Propósito y procedimientos

Te estamos invitando a participar en un estudio de personas que viven en apartamentos (también llamados viviendas multifamiliares) en el Condado de Los Ángeles. El estudio dura aproximadamente un (1) año. Si aceptas participar en este estudio, te pediremos lo siguiente ahora y otra vez dentro de seis a nueve meses:

- Enjuágate la boca con agua 10 minutos antes de la prueba.
- Después, coloca un hisopo o bolita de algodón debajo de la lengua.
- Esto no duele y no tienes que hacerlo si no deseas.

Estamos pidiendo tu ayuda porque los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (o CDC, por sus siglas en inglés) quieren saber cómo los bloques de apartamentos establecen reglas acerca de los lugares en que la gente puede o no puede fumar, y cómo estas reglas afectan la salud y la vida de los residentes.

Una de las cosas que quisiéramos saber es si has respirado humo de tabaco en las últimas semanas. La saliva será examinada en un laboratorio y los resultados nos dirán si has respirado humo y la cantidad que posiblemente hayas respirado. Esta información se mantendrá en privado.

Beneficios y riesgos por la participación en esta entrevista

Recibirás una tarjeta de regalo Visa de 10 dólares por darnos una muestra de saliva.

Privacidad

Toda la información que nos des se mantendrá privado. No se compartirá con los otros inquilinos de este bloque de apartamentos ni con la administración.

Todos los registros se guardarán en un gabinete bajo llave, al cual solo tiene acceso el personal del proyecto.

Tu muestra de saliva se guardará en congeladores en las oficinas centrales del Departamento de Salud Pública del Condado de Los Ángeles hasta por tres (3) años para posibles estudios en el futuro. Después de tres (3) años, las muestras de saliva serán desechadas.

Participar en el estudio es voluntario:

- Siempre puedes decir que no. No estás obligado a participar en el estudio.
- Si participas en un estudio, te puedes retirar en cualquier momento. No es necesario que des razones.
- Si no deseas participar en el estudio o si decides retirarte del estudio, no serás sancionado ni perderás ningún beneficio.
- Si decides retirarte, debes informarle al personal del estudio y seguir las indicaciones que te den.

Tu participación en el estudio puede suspenderse en cualquier momento por razones tales como:

- El patrocinador o el personal del estudio deciden suspender el estudio.
- No sigues las reglas del estudio.
- Decides retirarte.

Es posible que te pidan que te retires del estudio aun cuando no desees hacerlo.

INFORMACIÓN NUEVA acerca del estudio

Te informarán toda información nueva que se descubra durante el estudio y que pudiese afectar tu decisión de seguir participando.

Con quién comunicarse:

Puedes hacer preguntas acerca de la información en este formulario o acerca del estudio en general en cualquier momento. Puedes comunicarte con Carol Kaweck, de Healthy Housing Solutions en el 443-539-4183 o en el 877-312-3046, ext. 238.

Si tienes preguntas acerca de tus derechos como participante en un estudio, puedes comunicarte con:

1. Junta de revisión institucional del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos:
2. Sharon Zack, Administradora de la junta institucional de revisión de Westat, en el 800-937-8281, extensión 8828.

3. Oficina para la protección de estudios con seres humanos
1101 Wootton Parkway, Suite 200
Rockville, MD 20852
Número para llamadas sin cargos dentro de Estados Unidos (866) 447-4777
4. Administrador de la junta institucional de revisión del Departamento de Salud Pública del Condado de Los Ángeles

J. Walton Senterfitt, PhD, RN, MPH
Director, administrador, oficial de control
Junta institucional de revisión
Departamento de Salud Pública del Condado de Los Ángeles
313 N. Figueroa St., Room 127
Los Angeles, CA 90012
213-989-7075 o 213-250-8675

LA LEY DE CALIFORNIA EXIGE QUE SE TE DEBE INFORMAR DE:

- LA NATURALEZA Y EL PROPÓSITO DEL ESTUDIO
- LOS PROCEDIMIENTOS DEL ESTUDIO Y LOS MEDICAMENTOS Y APARATOS QUE SE VAYAN A USAR.
- MOLESTIAS Y RIESGOS QUE PODRÍA OCASIONAR EL ESTUDIO.
- BENEFICIOS QUE PODRÍA TENER EL ESTUDIO.
- PROCEDIMIENTOS, MEDICAMENTOS Y APARATOS ALTERNATIVOS QUE PODRÍAN SER ÚTILES AL IGUAL QUE SUS RIESGOS Y BENEFICIOS.
- DISPONIBILIDAD DE TRATAMIENTO MÉDICO EN CASO DE QUE OCURRAN COMPLICACIONES.
- OPORTUNIDAD DE HACER PREGUNTAS ACERCA DEL ESTUDIO O DEL PROCEDIMIENTO.
- OPORTUNIDAD DE RETIRARSE EN CUALQUIER MOMENTO SIN QUE ESTO AFECTE SU ATENCIÓN EN ESTA INSTITUCIÓN.
- UNA COPIA DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL ESTUDIO.
- OPORTUNIDAD DE ACEPTAR PARTICIPAR EN EL ESTUDIO POR PROPIA VOLUNTAD Y SIN EL USO DE COACCIÓN.
- SI CORRESPONDE, DECLARACIÓN RESPECTO A RESPONSABILIDAD POR LESIONES FÍSICAS.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

Me han leído el formulario de consentimiento. Se me ha dado respuesta a mis preguntas. Acepto de manera voluntaria participar en este estudio y recibiré una copia de este consentimiento para mis archivos.

_____	_____	_____
Nombre del participante (en letra de molde)	Firma	Fecha

_____	_____	_____
Nombre del adulto (en letra de molde)	Firma	Fecha

Relación o parentesco con el niño o niña del hogar (Marque todo lo que corresponda).

- ☐ Padre o madre
- ☐ Guardián
- ☐ Padre o madre sustituto
- ☐ Persona a cargo del cuidado cuando el niño está en el apartamento

_____	_____	_____
Nombre de la persona que obtiene el consentimiento	Firma	Fecha