

Attachment 8.d. Participant Contact Release Forms –Spanish Version

Guion de Contacto de Satisfacción del Beneficiario

RTI International, una organización de investigación sin fines de lucro, está hablando con personas que están en <INSERT PROGRAM>. Ellos se encuentran trabajando con la agencia federal que financia el programa, los Centros para Servicios de Medicare y Medicaid (*Centers for Medicare & Medicaid Services CMS*).

Si usted estuviera interesado en participar, RTI le puede llamar y darle más información acerca de un grupo de discusión que ellos tendrán muy pronto. Los grupos durarán alrededor de una hora y media y RTI le pagaría \$ 75 por su participación y sus gastos de viaje al grupo de discusión.

Le parece que esto es algo en lo que usted estaría interesado?

[Si **NO**] Gracias por su tiempo.

[Si **SI**] Fantástico! RTI quisiera llamarle para informarle más acerca de la discusión grupal.

Tengo su permiso para darle su nombre e información para que RTI le contacte? Usted no está obligado a participar, solamente sería contactado por RTI para que le expliquen un poco más a cerca del estudio.

[Si **NO**] Gracias por su tiempo.

[Si **SI**] Fantástico

Podría por favor darme su nombre e información a donde podrían contactarle?

[Si **NO**] Gracias por su tiempo.

[Si **SI**] Fantástico

[NOTA AL PERSONAL DEL ESTUDIO – LLENE USTED LA INFORMACIÓN REQUERIDA ABAJO O PIDA AL PARTICIPANTE QUE EL/ELLA MISMO/A LA LLENE Y LE DEVUELVA LA HOJA. SI LA DECISIÓN ES LA ULTIMA, POR FAVOR CHEQUEE QUE LA INFORMACIÓN PROPORCIONADA ES LEGIBLE.]

Sí, estoy interesado (a) en aprender más acerca de participar en un grupo de enfoque sobre <INSERT PROGRAM NAME>.

Estoy de acuerdo con que alguien de RTI me contacte para darme más información.

Nombre: _____

Dirección: _____

Numero de teléfono: _____

Numero de teléfono alternativo: _____

Dirección de correo electrónico: _____