

ATTACHMENT O
INFORMED CONSENT FORMS

Informed Consent to Participate in Research for Parents and Adolescents (English Version)

Title of Research: National Evaluation of the Children Health Insurance Program Reauthorization Act of 2009 (CHIPRA) Quality Demonstrations

You are being asked to be in a research study. This form explains what the study is about and what it asks you to do.

The Evaluation of the CHIPRA Quality Demonstrations is a research study. The study is paid for by the U.S. Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). It is led by Mathematica Policy Research, the Urban Institute, and Academy Health. The study will help us learn about how well these quality demonstration projects that try new ways of providing health care for kids and youth are working. You have been invited to participate because **[you are/your child is]** covered by **[state-specific name for Medicaid and CHIP]** and receives health care from a provider who is participating in a CHIPRA Quality Demonstration project.

We believe there are minimal risks from being in this focus group. We will make every effort to protect your confidentiality, but this cannot be guaranteed. Your name will not appear in any reports that are written about the focus group. Being in this study will have no direct benefit for you. Your health care will not change one way or the other. You will receive a **[\$25/\$50]** gift card for your time.

The Institutional Review Boards (IRBs) at Mathematica Policy Research and at the Urban Institute have approved this research plan. Your decision to be in this focus group is up to you. You can refuse to answer any question. You can leave the focus group at any time.

If you have any questions about this study, including questions about your personal rights, please call Henry Ireys, the Mathematica Project Director, at 202-554-7536 or Harrison Green, Mathematica Vice President and Director of Survey Research, at 773-239-5730.

By signing below, you are saying that you have read this form, have gotten answers to your questions, and have freely decided to be in this research study.

Date

Signature of Participant

Printed Name of Participant

Informed Consent for Child to Participate in Research (English Version)
[TO BE ATTACHED TO FLYER AT SCHOOL-BASED HEALTH CENTERS]

Title of Research: National Evaluation of the Children Health Insurance Program Reauthorization Act of 2009 (CHIPRA) Quality Demonstrations

Your child is being asked to be in a research study. This form explains what the study is about and what it asks your child to do.

The Evaluation of the CHIPRA Quality Demonstrations is a research study. The study is paid for by the U.S. Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). It is led by Mathematica Policy Research, the Urban Institute, and Academy Health. The study will help us learn about how well these quality demonstration projects that try new ways of providing health care for kids and youth are working. Your child has been invited to participate because he or she is insured by **[state-specific name for Medicaid or CHIP]** (please confirm insurance below) and receives health care from a school-based health center that is participating in a CHIPRA Quality Demonstration project.

We believe there are minimal risks from being in this focus group. We will make every effort to protect your child’s confidentiality, but this cannot be guaranteed. Your child’s name will not appear in any reports that are written about the focus group. Being in this study will have no direct benefit for your child. Your child’s health care will not change one way or the other. Your child will receive a \$25 gift card for his or her time.

The Institutional Review Boards (IRBs) at Mathematica Policy Research and at the Urban Institute have approved this research plan. Your decision to be in this focus group is up to you. You can refuse to answer any question. You can leave the focus group at any time.

If you have any questions about this study, including questions about your personal rights, please call Henry Ireys, the Mathematica Project Director, at 202-554-7536 or Harrison Green, Mathematica Vice President and Director of Survey Research, at 773-239-5730.

By signing below, you are saying that you have read this form, have gotten answers to your questions, and have freely decided to permit your child to be in this research study.

Date

Signature of Parent

Printed Name of Parent

Printed Name of Participating Child

Child’s insurance
(i.e. **[state names for Medicaid and CHIP]**)

Consentimiento informado para participar en investigación (Spanish version)
Documento para padres y adolescentes

Título de la investigación: Evaluación nacional de las demostraciones de calidad de la Ley de Reautorización del Programa de Seguro Médico para Niños de 2009 (que se conoce como CHIPRA por sus siglas en inglés)

Lo invitamos a participar en un estudio de investigación. En este documento se explica de qué trata el estudio y qué le pedimos que haga.

La evaluación de la demostración de calidad de CHIPRA es un estudio de investigación financiado por la Organización para la Investigación y la Calidad de la Atención Médica de los Estados Unidos (AHRQ, por sus siglas en inglés) y dirigido por Mathematica Policy Research, el Urban Institute y Academy Health. El estudio nos permitirá averiguar qué tan bien están funcionando estos proyectos de demostración de la calidad que ensayan nuevas formas de proporcionar atención médica a niños y jóvenes. Lo hemos invitado a participar porque (**usted / su niño**) tiene cobertura por parte de [**state-specific name for Medicaid and CHIP**] y recibe atención de un profesional médico que participa en un proyecto de demostración de la calidad de CHIPRA.

Creemos que participar en este grupo muestra conlleva riesgos mínimos. Haremos todo lo posible por proteger su confidencialidad, pero no podemos garantizarlo. Su nombre no aparecerá en ninguno de los informes que se escriban sobre el grupo muestra. Participar en este estudio no representará para usted un beneficio directo. Su atención médica no cambiará de ninguna forma. Recibirá una tarjeta de regalo por valor de [**\$25/\$50**] por el tiempo que nos dedique.

Las juntas institucionales de revisión de Mathematica Policy Research y del Urban Institute aprobaron este plan de investigación. La decisión de participar en el grupo muestra depende de usted. Puede optar por no responder a alguna de las preguntas. Puede retirarse del grupo muestra en cualquier momento.

Si tiene preguntas acerca de este estudio, por ejemplo, preguntas sobre sus derechos personales, llame a Dana Peterson, directora de proyecto de Mathematica, al teléfono: (510) 830-3703 o a Harrison Green, vicepresidente y director de investigaciones con encuestas de Mathematica, al teléfono: (773) 239-5730.

Al firmar a continuación usted indica que ha leído este documento, que le han respondido a sus preguntas y que ha decidido voluntariamente participar en este estudio de investigación.

Fecha

Firma del participante

Nombre del participante en letras de molde

Consentimiento informado para la participación de un niño en investigación (Spanish version)[TO BE ATTACHED TO FLYER AT SCHOOL-BASED HEALTH CENTERS]

Título de la investigación: Evaluación nacional de las demostraciones de calidad de la Ley de Reautorización del Programa de Seguro Médico para Niños de 2009 (que se conoce como CHIPRA por sus siglas en inglés)

Le hemos pedido a su niño que participe en un estudio de investigación. En este documento se explica de qué trata el estudio y qué le pedimos a su niño que haga.

La evaluación de las demostraciones de calidad de CHIPRA es un estudio de investigación financiado por la Organización para la Investigación y la Calidad de la Atención Médica de los Estados Unidos (AHRQ, por sus siglas en inglés) y dirigido por Mathematica Policy Research, el Urban Institute y Academy Health. El estudio nos permitirá averiguar qué tan bien están funcionando estos proyectos de demostración de la calidad que ensayan nuevas formas de proporcionar atención médica a niños y jóvenes. Hemos invitado a su niño a participar porque tiene un seguro de **[state-specific name for Medicaid or CHIP]** (confirme el tipo de seguro a continuación) y recibe atención médica en un centro de salud escolar que participa en el proyecto de demostración de la calidad de CHIPRA.

Creemos que participar en este grupo muestra conlleva riesgos mínimos. Haremos todo lo posible por proteger la confidencialidad de su niño, pero no podemos garantizarlo. El nombre de su niño no aparecerá en ninguno de los informes que se escriban sobre el grupo muestra. Participar en este estudio no representará para su niño un beneficio directo. La atención médica que su niño reciba no cambiará de ninguna forma. Su niño recibirá una tarjeta de regalo por valor de \$25 por el tiempo que nos dedique.

Las juntas institucionales de revisión de Mathematica Policy Research y del Urban Institute aprobaron este plan de investigación. La decisión de participar en el grupo muestra depende de usted. Puede optar por no responder a alguna de las preguntas. Puede retirarse del grupo muestra en cualquier momento.

Si tiene preguntas acerca de este estudio, por ejemplo, preguntas sobre sus derechos personales, llame a Dana Peterson, directora de proyecto de Mathematica, al teléfono: (510) 830-3703 o a Harrison Green, vicepresidente y director de investigaciones mediante encuestas de Mathematica, al teléfono: (773) 239-5730.

Al firmar a continuación usted indica que ha leído este documento, que le han respondido a sus preguntas y que ha decidido voluntariamente permitir que su niño participe en este estudio de investigación.

Fecha

Firma del padre o la madre

Nombre del padre o la madre en letras de molde

Nombre del niño participante
en letras de molde

Seguro médico del niño
(por ejemplo, **[state names for Medicaid and
CHIP]**)