

**Attachment 5**  
**Consent Forms**

## **Informed Consent Form for Adult Survey Participation**

## **Forma de consentimiento de participación para la encuesta de adultos Encuesta de pacientes del centro de salud**

### **Sobre la encuesta**

La Encuesta de pacientes del centro de salud es un estudio que realiza RTI International. La encuesta es patrocinada por la Agencia de Cuidados de Salud Primarios de la Administración de Recursos y Servicios de Salud (HRSA, por sus siglas en inglés). La encuesta es sobre personas que reciben servicios en lugares como este centro de salud. La encuesta tratará de encontrar los tipos de problemas de salud que tienen las personas que asisten a estos centros y qué tan bien los centros de salud satisfacen las necesidades de las personas que los usan. Usted es una de aproximadamente 6,600 personas que RTI ha seleccionado para participar en la encuesta.

### **Participación**

Si usted decide participar, se le harán algunas preguntas sobre su salud y los servicios que recibe en este centro de salud. Algunas de las preguntas pueden ser personales, tales como preguntas sobre el uso de drogas o alcohol o sobre sus emociones y sentimientos. También pueden haber preguntas sobre VIH y/o SIDA. La mayoría de las preguntas son sobre temas menos delicados tales como el servicio que recibió o si tiene ciertos problemas de salud como asma o diabetes. Las entrevistas de algunas personas son más cortas y las de otras más largas. La entrevista puede durar aproximadamente 75 minutos.

### **Participación voluntaria**

Usted puede elegir si desea participar o no. Si usted decide no participar esto no afectará ningún servicio que pueda recibir en el centro de salud o en cualquier otro programa. Si usted no desea contestar alguna de las preguntas que se le hacen, no hay problema. Si decide no terminar de contestar las preguntas, no será un problema tampoco. Es posible que algunas preguntas puedan hacerlo(a) sentir incómodo o sentir varios tipos de emociones. Por favor avíseme si necesita tomar un descanso en cualquier momento.

### **Beneficios**

No hay beneficios directos para usted. Sin embargo, usted nos ayudará a profundizar nuestros conocimientos sobre las necesidades de salud de personas que utilizan centros de salud como este.

### **Compensación por su participación**

Si usted participa, se le darán \$25 dólares en efectivo o un regalo de igual valor como agradecimiento por su tiempo. Por lo general, la encuesta se puede completar en 75 minutos.

### **Riesgos por participar en el estudio**

Existen dos riesgos relacionados con la participación en el estudio. Un riesgo es que las preguntas lo/la puedan hacer sentir incómodo(a) o le molesten. Si usted se siente incómodo(a), puede pedirle al/a la entrevistador(a) un descanso o saltar cualquiera de las preguntas. El otro riesgo es que alguien pueda averiguar lo que nos ha dicho durante la entrevista. Para evitar eso, haremos la entrevista en privado donde nadie pueda escuchar sus respuestas. También asignaremos y usaremos un número en lugar de su nombre para identificar su entrevista. Esto prevendrá que cualquiera sepa cuáles fueron sus respuestas.

### **Su privacidad**

Cualquier cosa que me diga se mantendrá en privado. La privacidad de sus respuestas es muy importante, permítame que le dé más detalles sobre este tema. Yo voy a registrar sus respuestas en la computadora. Como le mencioné, sus respuestas se asociarán con un número en lugar de su nombre y nadie más sabrá que usted contestó las preguntas. Todas las personas que toman parte de este estudio han firmado un acuerdo en el que se comprometen a proteger la privacidad de la información que usted proporcione. La información que usted me dé no se compartirá con nadie en este centro de salud. No le preguntaremos sobre su situación legal ni de inmigración.

## Excepciones al acuerdo de privacidad

Existe una excepción. Si durante la entrevista yo me entero que su vida o su salud o la vida o la salud de otra persona podría estar en peligro, yo tendré que avisar al personal de la clínica o a las autoridades pertinentes.

## Preguntas

Si tiene alguna pregunta sobre este estudio, puede llamar a [Rosanna Quiroz al (919) 541-7172]. Si tiene cualquier pregunta sobre sus derechos como participante, usted puede llamar a la oficina de RTI para la protección de participantes en estudios, libre de cargos al (1-866-214-2043).

¿Tiene preguntas que pueda ayudarlo(a) a decidir si desea o no desea participar en el estudio?

Al firmar a continuación, usted está decidiendo participar. Por favor firme solamente si:

- ✓ Usted entiende la información sobre el estudio en esta forma de consentimiento,
- ✓ Obtuvo respuestas a todas las preguntas que usted hizo, y
- ✓ Usted desea participar.

Se le dará una copia de esta forma de consentimiento para que la conserve.

**Firma del/de la participante:** \_\_\_\_\_

**Fecha:** \_\_\_\_\_

**Firma del/de la entrevistador(a):** \_\_\_\_\_

**Fecha:** \_\_\_\_\_

## Grabaciones

Estamos usando un sistema de control de calidad especial en este proyecto. El sistema funciona dentro de la computadora y grabará lo que nos digamos el uno al otro durante partes de la entrevista. Ni usted ni yo sabremos cuando la computadora grabe lo que decimos. Las grabaciones serán revisadas por el personal de RTI para supervisar mi trabajo y se mantendrán en forma privada. Usted puede participar en la entrevista aunque no permita la grabación. ¿Está de acuerdo en que usemos este sistema de control de calidad durante la entrevista?

Al firmar a continuación, usted indica que está de acuerdo en que usemos este sistema de control de calidad.

**Firma del/de la participante:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

Declaración pública de responsabilidad: Ninguna agencia puede realizar o patrocinar y ninguna persona está obligada a responder a una recopilación de datos, a menos que muestre un número actual y válido de la Oficina de Administración y Presupuesto (OMB, por sus siglas en inglés). El número de control de OMB para este proyecto es 0915-0368, con fecha de vigencia hasta el 30/09/2016. Se calcula que el tiempo necesario para recopilar esta información es un promedio de XX horas, incluyendo el tiempo para revisar las instrucciones, buscar fuentes de datos existentes y completar y revisar la recopilación de la información. Si tiene algún comentario sobre el cálculo del tiempo o sobre cualquier otro aspecto sobre la recopilación de esta información, incluyendo sugerencias para reducir el tiempo mencionado, por favor, escriba a: HRSA Reports Clearance Officer, 5600 Fishers Lane, Room 10-29, Rockville, Maryland, 20857.

**Informed Consent Form for Parent/Guardian Participation in Proxy Interview for  
Accompanied Children**

**Forma de consentimiento informado para padres o tutores que representan a niños  
acompañados en la entrevista de una encuesta  
Encuesta de pacientes del centro de salud**

**Sobre la encuesta**

La Encuesta de pacientes del centro de salud es un estudio que realiza RTI International. La encuesta es patrocinada por la Agencia de Cuidados de Salud Primarios de la Administración de Recursos y Servicios de Salud (HRSA, por sus siglas en inglés). La encuesta es sobre personas que reciben servicios en lugares como este centro de salud. La encuesta tratará de encontrar los tipos de problemas de salud que tienen las personas que asisten a estos centros y qué tan bien los centros de salud satisfacen las necesidades de las personas que los usan. Su niño(a), NOMBRE DEL NIÑO es uno(a) entre 6,600 personas que RTI ha seleccionado para ser incluidas en la encuesta. Debido a que NOMBRE DEL NIÑO tiene menos de 13 años, nos gustaría que usted conteste las preguntas sobre la salud de él/ella y de los servicios que él/ella recibe en este centro de salud.

**Participación**

Si usted decide participar, se le harán algunas preguntas sobre la salud de su niño(a) y sobre los servicios que él/ella recibe en este centro de salud. Algunas de las preguntas pueden ser personales, tales como preguntas sobre los sentimientos de su niño(a). Sin embargo, la mayoría de las preguntas son sobre temas como el servicio que recibió o si su niño(a) tiene o no ciertos problemas de salud como asma o diabetes. Las entrevistas de algunas personas son más cortas y las de otras más largas. La entrevista puede durar aproximadamente 40 minutos.

**Participación voluntaria**

Usted puede elegir si desea participar o no. Si usted decide no participar esto no afectará ningún servicio que su niño(a) o su familia pueda recibir en el centro de salud o en cualquier otro programa. Si usted no desea contestar alguna de las preguntas que se le hacen, no hay problema. Si decide no terminar de contestar las preguntas, no será un problema tampoco. Es posible que algunas preguntas puedan hacerlo(a) sentir incómodo o sentir varios tipos de emociones. Por favor avíseme si necesita tomar un descanso en cualquier momento.

**Beneficios**

No hay beneficios directos para usted ni para su niño(a). Sin embargo, usted nos ayudará a profundizar nuestros conocimientos sobre las necesidades de salud de personas que utilizan centros de salud como éste.

**Compensación por su participación**

Si usted participa, se le darán \$25 dólares en efectivo o un regalo de igual valor como agradecimiento por su tiempo. Por lo general, la encuesta se puede completar en 40 minutos.

**Riesgos por participar en el estudio**

Existen dos riesgos relacionados con la participación en el estudio. Un riesgo es que las preguntas lo/la puedan hacer sentir incómodo(a) o le molesten. Si usted se siente incómodo(a), puede pedirle al/a la entrevistador(a) un descanso o saltar cualquiera de las preguntas. El otro riesgo es que alguien pueda averiguar lo que nos ha dicho durante la entrevista. Para evitar eso, haremos la entrevista en privado donde nadie pueda escuchar sus respuestas. También asignaremos y usaremos un número en lugar de su nombre para identificar su entrevista. Esto prevendrá que cualquiera sepa cuáles fueron sus respuestas.

**Su privacidad**

Cualquier cosa que me diga se mantendrá en privado. La privacidad de sus respuestas es muy importante, permítame que le dé más detalles sobre este tema. Yo voy a registrar sus respuestas en la computadora. Como le mencioné, sus respuestas se asociarán con un número en lugar de su nombre y nadie más sabrá que usted contestó las preguntas. Todas las personas que toman parte de este estudio han firmado un

acuerdo en el que se comprometen a proteger la privacidad de la información que usted proporcione. La información que usted me dé no se compartirá con nadie en este centro de salud. No le preguntaremos sobre su situación legal ni de inmigración.

### **Excepciones al acuerdo de privacidad**

Hay dos excepciones importantes. (1) Si durante la entrevista yo me entero que la vida o la salud de su niño(a) está en riesgo, yo le informaré a la agencia pertinente del condado o del estado. (2) Si yo pienso que la vida o la salud de usted podrían estar en peligro, yo tendré que informarle al personal de la clínica o a las autoridades pertinentes

### **Preguntas**

Si tiene alguna pregunta sobre este estudio, puede llamar a [Rosanna Quiroz al (919) 541-7172]. Si tiene cualquier pregunta sobre sus derechos como participante, usted puede llamar a la oficina de RTI para la protección de participantes en estudios, libre de cargos al (1-866-214-2043).

¿Tiene preguntas que pueda ayudarlo(a) a decidir si desea o no desea participar en el estudio?

Al firmar a continuación, usted está decidiendo participar. Por favor firme solamente si:

- ✓ Usted entiende la información sobre el estudio en esta forma de consentimiento,
- ✓ Obtuvo respuestas a todas las preguntas que usted hizo, y
- ✓ Usted desea participar.

Se le dará una copia de este formulario de consentimiento para que la conserve.

**Nombre del/de la niño(a):** \_\_\_\_\_

**Firma del padre/la madre/tutor(a) :** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

**Firma del/de la entrevistador(a):** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

### **Grabaciones**

Estamos usando un sistema de control de calidad especial en este proyecto. El sistema funciona dentro de la computadora y grabará lo que nos digamos el uno al otro durante partes de la entrevista. Ni usted ni yo sabremos cuando la computadora grabe lo que decimos. Las grabaciones serán revisadas por el personal de RTI para supervisar mi trabajo y se mantendrán en forma privada. Usted puede participar en la entrevista aunque no permita la grabación. ¿Está de acuerdo en que usemos este sistema de control de calidad durante la entrevista?

Al firmar a continuación, usted indica que está de acuerdo en que usemos este sistema de control de calidad.

**Firma del padre/la madre/tutor(a):** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

Declaración pública de responsabilidad: Ninguna agencia puede realizar o patrocinar y ninguna persona está obligada a responder a una recopilación de datos, a menos que muestre un número actual y válido de la Oficina de Administración y Presupuesto (OMB, por sus siglas en inglés). El número de control de OMB para este proyecto es 0915-0368, con fecha de vigencia hasta el 30/09/2016. Se calcula que el tiempo necesario para recopilar esta información es un promedio de XX horas, incluyendo el tiempo para revisar las instrucciones, buscar fuentes de datos existentes y completar y revisar la recopilación de la información. Si tiene algún comentario sobre el cálculo del tiempo o sobre cualquier otro aspecto sobre la recopilación de esta información, incluyendo sugerencias para reducir el tiempo mencionado, por favor, escriba a: HRSA Reports Clearance Officer, 5600 Fishers Lane, Room 10-29, Rockville, Maryland, 20857.

**Parent/Guardian Permission Form for Accompanied Adolescent (Ages 13–17)  
Survey Participation**

**Permiso del padre o tutor para adolescentes que vienen acompañados  
(de 13 a 17 años de edad) para participar en la encuesta  
Encuesta de pacientes del centro de salud**

**Sobre la encuesta**

La Encuesta de pacientes del centro de salud es un estudio que realiza RTI International. La encuesta es patrocinada por la Agencia de Cuidados de Salud Primarios de la Administración de Recursos y Servicios de Salud (HRSA, por sus siglas en inglés). La encuesta es sobre personas que reciben servicios en lugares como este centro de salud. La encuesta tratará de encontrar los tipos de problemas de salud que tienen las personas que asisten a estos centros y qué tan bien los centros de salud satisfacen las necesidades de las personas que los usan. Su niño(a) es uno(a) de 6,600 personas que RTI ha seleccionado para participar.

**Participación**

Si su niño(a) decide participar, se le harán preguntas sobre su salud y sobre los servicios que él/ella recibe en este centro de salud. Algunas de las preguntas pueden ser personales, tales como preguntas sobre las emociones y los sentimientos de su niño(a). La mayoría de las preguntas son sobre temas menos delicados tales como el servicio que recibió su niño(a) o si tiene ciertos problemas de salud como asma o diabetes. Las entrevistas de algunas personas son más cortas y las de otras más largas. La entrevista puede durar aproximadamente 30 minutos.

**Participación voluntaria**

Su niño(a) puede elegir si desea participar o no. Si usted decide no autorizar a que su niño(a) participe o si él/ella decide no participar, eso no afectará ningún servicio que su niño(a) o su familia pueda recibir en el centro de salud o de cualquier otro programa. Si su niño(a) no desea contestar algunas de las preguntas que se le hagan, no hay problema. Si su niño(a) decide no terminar de contestar las preguntas, no será un problema tampoco. Es posible que algunas preguntas puedan hacer que su niño(a) se sienta incómodo(a) o sentir varios tipos de emociones. Si él/ella necesita tomar un descanso en cualquier momento, solo tiene que avisarme.

**Beneficios**

No hay beneficios directos para usted ni para su niño(a). Sin embargo, él/ella nos ayudará a profundizar nuestros conocimientos sobre las necesidades de salud de personas que utilizan centros de salud como éste.

**Compensación por su participación**

Además, si su niño(a) participa, él/ella recibirá \$25 dólares en efectivo o un regalo de igual valor como agradecimiento por su tiempo. Por lo general, la encuesta se puede completar en 30 minutos.

**Riesgos por participar en el estudio**

Existen dos riesgos relacionados con la participación en el estudio. Un riesgo es que las preguntas lo/la puedan hacer sentir incómodo(a) o le molesten a su niño(a). Si su niño(a) se siente incómodo(a), puede pedirle al/a la entrevistador(a) un descanso o saltar cualquiera de las preguntas. El otro riesgo es que alguien pueda averiguar lo que su niño(a) nos ha dicho durante la entrevista. Para evitar eso, haremos la entrevista en privado donde nadie pueda escuchar las respuestas de él/ella. También asignaremos y usaremos un número en lugar del nombre de su niño(a) para identificar la entrevista. Esto prevendrá que cualquiera sepa cuáles fueron las respuestas de su niño(a).

**La privacidad de su niño(a)**

Cualquier cosa que su niño(a) me diga se mantendrá en privado. La privacidad de las respuestas es muy importante, permítame que le dé más detalles sobre este tema. Yo voy a registrar sus respuestas en la

computadora. Como le mencioné, sus respuestas se asociarán con un número en lugar de su nombre y nadie más sabrá que usted contestó las preguntas. Todas las personas que toman parte de este estudio han firmado un acuerdo en el que se comprometen a proteger la privacidad de la información que se proporcione. La información que su niño(a) me dé no se compartirá con usted ni con nadie en este centro de salud. No le preguntaremos sobre la situación legal ni de inmigración de su niño(a).

### **Excepciones al acuerdo de privacidad**

Existe una excepción importante. Si durante la entrevista yo me entero que la vida o la salud de su hijo(a), o que la vida o la salud de otra persona podrían estar en peligro, yo tendré que informar al personal de la clínica o a las autoridades pertinentes

### **Preguntas**

Si tiene alguna pregunta sobre este estudio, puede llamar a [Rosanna Quiroz al (919) 541-7172]. Si tiene cualquier pregunta sobre sus derechos como participante, usted puede llamar a la oficina de RTI para la protección de participantes en estudios, libre de cargos al (1-866-214-2043).

¿Tiene alguna pregunta que pueda ayudarlo(a) a decidir si desea o no que su niño(a) participe en el estudio?

Al firmar a continuación, usted autoriza que su niño(a) participe en el estudio antes descrito. Por favor firme solamente si:

- ✓ Usted entiende la información sobre el estudio en esta forma de consentimiento,
- ✓ Obtuvo respuestas a todas las preguntas que usted hizo, y
- ✓ Usted autoriza que su niño(a) participe en el estudio.

Se le dará una copia de esta forma de consentimiento para que la conserve.

**Nombre del/de la niño(a):** \_\_\_\_\_

**Firma del padre/la madre/tutor(a):** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

**Firma del/de la entrevistador(a):** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

### **Grabaciones**

Estamos usando un sistema de control de calidad especial en este proyecto. El sistema funciona dentro de la computadora y grabará lo que nos digamos el uno al otro durante partes de la entrevista. Ni usted ni yo sabremos cuando la computadora grabe lo que decimos. Las grabaciones serán revisadas por el personal de RTI para supervisar mi trabajo y se mantendrán en forma privada. Usted puede participar en la entrevista aunque no permita la grabación. ¿Está de acuerdo en que usemos este sistema de control de calidad durante la entrevista?

Al firmar a continuación, usted indica que está de acuerdo en que usemos este sistema de control de calidad.

**Firma del padre/la madre/tutor(a):** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

Declaración pública de responsabilidad: Ninguna agencia puede realizar o patrocinar y ninguna persona está obligada a responder a una recopilación de datos, a menos que muestre un número actual y válido de la Oficina de Administración y Presupuesto

(OMB, por sus siglas en inglés). El número de control de OMB para este proyecto es 0915-0368, con fecha de vigencia hasta el 30/09/2016. Se calcula que el tiempo necesario para recopilar esta información es un promedio de XX horas, incluyendo el tiempo para revisar las instrucciones, buscar fuentes de datos existentes y completar y revisar la recopilación de la información. Si tiene algún comentario sobre el cálculo del tiempo o sobre cualquier otro aspecto sobre la recopilación de esta información, incluyendo sugerencias para reducir el tiempo mencionado, por favor, escriba a: HRSA Reports Clearance Officer, 5600 Fishers Lane, Room 10-29, Rockville, Maryland, 20857.

**Assent Form for Accompanied Adolescent (Ages 13 – 17) Survey Participation**

**Forma de asentimiento para la participación de adolescentes acompañados  
(de 13 a 17 años) en la encuesta  
Encuesta de pacientes del centro de salud**

**Sobre la encuesta**

La Encuesta de pacientes del centro de salud es un estudio que realiza RTI International. La encuesta es patrocinada por la Agencia de Cuidados de Salud Primarios de la Administración de Recursos y Servicios de Salud (HRSA, por sus siglas en inglés). La encuesta es sobre personas que reciben servicios en lugares como este centro de salud. La encuesta tratará de encontrar los tipos de problemas de salud que tienen las personas que asisten a estos centros y qué tan bien los centros de salud satisfacen las necesidades de las personas que los usan. Tú eres una de 6,600 personas que RTI ha seleccionado para participar.

**Participación**

(NOMBRE DEL PADRE, MADRE O TUTOR) dijo que está de acuerdo que te invite a hablar sobre tu salud y sobre los servicios que recibes en este centro de salud. Si estás de acuerdo, me gustaría hacerte algunas preguntas. Algunas de las preguntas pueden ser personales, tales como preguntas sobre tus emociones o sentimientos. La mayoría de las preguntas son sobre temas menos delicados tales como el servicio médico que recibiste o si tienes o no tienes ciertos problemas de salud como asma o diabetes. Las entrevistas de algunas personas son más cortas y las de otras más largas. La entrevista puede durar aproximadamente 30 minutos.

**Participación voluntaria**

Tú puedes elegir si deseas participar o no. Si decides no participar esto no afectará ningún servicio que puedas recibir en el centro de salud o en cualquier otro programa. Si no deseas contestar alguna de las preguntas que se le hacen, no hay problema. Si decides no terminar de contestar las preguntas, no será un problema tampoco. Es posible que algunas preguntas puedan hacerte sentir incómodo(a) o sentir varios tipos de emociones. Por favor, avísame si necesitas tomar un descanso en cualquier momento.

**Beneficios**

No hay beneficios directos para ti. Sin embargo, nos ayudarás a profundizar nuestros conocimientos sobre las necesidades de salud de personas que utilizan centros de salud como este.

**Compensación por tu participación**

Si participas, se te darán \$25 dólares en efectivo o un regalo del mismo valor como agradecimiento por tu tiempo. Por lo general, la encuesta se puede completar en 30 minutos.

**Riesgos por participar en el estudio**

Existen dos riesgos relacionados con la participación en el estudio. Un riesgo es que las preguntas te puedan hacer sentir incómodo(a) o te molesten. Si te sientes incómodo(a), puedes pedirle al/a la entrevistador(a) un descanso o saltar cualquiera de las preguntas. El otro riesgo es que alguien pueda averiguar lo que nos has dicho durante la entrevista. Para evitar eso, haremos la entrevista en privado donde nadie pueda escuchar tus respuestas. También asignaremos y usaremos un número en lugar de tu nombre para identificar tu entrevista. Esto prevendrá que cualquiera sepa cuáles fueron tus respuestas.

**Tu privacidad**

Cualquier cosa que me digas se mantendrá en privado. La privacidad de tus respuestas es muy importante, permítame que te dé más detalles sobre este tema. Yo voy a registrar tus respuestas en la computadora. Como te mencioné, tus respuestas se asociarán con un número en lugar de tu nombre por lo que nadie más sabrá que tú contestaste las preguntas. Todas las personas que toman parte de este estudio han firmado un acuerdo en el que se comprometen a proteger la privacidad de la información que nos proporcionas. La

información que me des no se compartirá con nadie en este centro de salud. Tu padre/madre/tutor no verá tus respuestas y no va a comentar sus respuestas con ninguno de ellos.

### **Excepciones al acuerdo de privacidad**

Hay una excepción importante. Si durante la entrevista yo me entero que tu vida o tu salud, o la vida o la salud de otra persona podrían estar en peligro, yo tendré que informar al personal de la clínica o a las autoridades pertinentes.

### **Preguntas**

Si tienes alguna pregunta sobre este estudio, puedes llamar a [Rosanna Quiroz al (919) 541-7172]. Si tienes cualquier pregunta sobre tus derechos como participante, puedes llamar a la oficina de RTI para la protección de participantes en estudios, libre de cargos al (1-866-214-2043).

¿Tienes preguntas que pueda ayudarte a decidir si deseas o no deseas participar en el estudio?

Al firmar a continuación, estás decidiendo participar. Por favor firma solamente si:

- ✓ Entiendes la información sobre el estudio que se describe en esta forma de consentimiento,
- ✓ Obtuviste respuestas a todas las preguntas que hiciste, y
- ✓ Deseas participar.

Se te dará una copia de esta forma de consentimiento para que la conserves.

**Firma del/de la participante :** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

**Firma del/de la entrevistador(a):** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

### **Grabaciones**

Estamos usando un sistema de control de calidad especial en este proyecto. El sistema funciona dentro de la computadora y grabará lo que nos digamos el uno al otro durante partes de la entrevista. Ni tú ni yo sabremos cuando la computadora grabe lo que decimos. Las grabaciones serán revisadas por el personal de RTI para supervisar mi trabajo y se mantendrán en forma privada. Tú puedes participar en la entrevista aunque no permitas la grabación. ¿Estás de acuerdo en que usemos este sistema de control de calidad durante la entrevista?

Al firmar a continuación, indicas que estás de acuerdo en que usemos este sistema de control de calidad.

**Firma del/de la participante :** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

Declaración pública de responsabilidad: Ninguna agencia puede realizar o patrocinar y ninguna persona está obligada a responder a una recopilación de datos, a menos que muestre un número actual y válido de la Oficina de Administración y Presupuesto (OMB, por sus siglas en inglés). El número de control de OMB para este proyecto es 0915-0368, con fecha de vigencia hasta el 30/09/2016. Se calcula que el tiempo necesario para recopilar esta información es un promedio de XX horas, incluyendo el tiempo para revisar las instrucciones, buscar fuentes de datos existentes y completar y revisar la recopilación de la información. Si tiene algún comentario sobre el cálculo del tiempo o sobre cualquier otro aspecto sobre la recopilación de esta información, incluyendo sugerencias para reducir el tiempo mencionado, por favor, escriba a: HRSA Reports Clearance Officer, 5600 Fishers Lane, Room 10-29, Rockville, Maryland, 20857.

## **Short Blessed Scale Exam**

**Versión corta de la escala de 'Blessed'**

ERROR SCORES

- SB-1. ¿En qué año estamos? \_\_\_\_\_  
 4 FOR ANY ERROR .....0 4
- SB-2. ¿En qué mes estamos? \_\_\_\_\_  
 3 FOR ANY ERROR .....0 3
- Por favor repita la siguiente frase: **Juan Pérez, 42 de la Calle Mercado, Chicago.**  
 NO SCORE --- FOR ITEM SB-6.
- SB-3. ¿Más o menos qué hora es? \_\_\_\_\_  
 3 FOR ANY SCORE .....0 3
- SB-4. Por favor cuente de mayor a menor del 20 al 1.  
 [20, 19, 18, 17, 16, 15, 14, 13, 12, 11, 10, 9, 8, 7, 6, 5, 4, 3, 2, 1]  
 2 FOR ANY ERROR .....0 2 4
- SB-5. Por favor diga los meses del año del último mes al primer mes.  
 [DIC, NOV, OCT, SEP, AGO, JUL, JUN, MAY, ABR, MAR, FEB, ENE]  
 2 PER ERROR .....0 2 4
- SB-6. Por favor repita la frase que le hice repetir anteriormente. .  
 [JUAN PÉREZ, 42 DE LA CALLE MERCADO, CHICAGO]  
 2 PER ERROR .....0 2 4 6 8 10
- TOTAL NUMBER OF ERROR IN SB-1 TO SB-6: \_\_\_\_\_

**IF THE TOTAL NUMBER OF ERRORS IS GREATER THAN 10, TERMINATE THE INTERVIEW.**