

## **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 acerca 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: \_\_\_\_\_