

**C.9b. Parent Consent and Permission Form (Spanish)**

N.º de aprobación de la Junta de Revisión Institucional (IRB) de Abt: 0804

## Formulario de consentimiento y permiso de los padres

El Departamento de Agricultura de EE. UU. los invita a usted y a su hijo a participar en el Estudio de nutrición y actividad en entornos de cuidado infantil (SNACS). Este formulario explica lo que significa participar en el estudio.

### ¿Qué es el SNACS?

El centro de cuidado infantil, hogar de cuidado diurno familiar o programa donde su hijo recibe cuidado infantil forma parte de un estudio nacional. El Departamento de Agricultura de EE.UU. se ocupa de realizar el estudio. El estudio analizará los alimentos y las actividades que se proporcionan a bebés y niños en una muestra de proveedores de cuidado infantil. Habrá más de 1,500 proveedores de cuidado infantil en el estudio en más de 20 estados. Además, el estudio incluirá aproximadamente 3,000 bebés y niños y más de 4,000 padres de bebés y niños que reciben atención en centros y hogares de cuidado infantil en este estudio. Como parte del estudio, se harán preguntas a los proveedores de cuidado infantil en el lugar donde su hijo recibe cuidado infantil sobre las comidas que les sirven a los bebés y niños, actividades de juego que brindan a los niños y costos de las comidas que sirven. El personal del estudio además observará a su hijo mientras esté en cuidado infantil, para analizar el tipo de alimentos que le dan a la hora de comer, y el tipo de actividades en las que participa; asimismo, se les pedirá a los padres que participen en actividades del estudio. Abt Associates y Abt SRBI realizan el estudio.

### ¿Qué se espera de mí y de mi hijo?

Los padres que acepten participar en el estudio con sus hijos deberán firmar y devolver este Formulario de consentimiento y permiso de los padres.

Los padres que acepten participar en el estudio deberán participar en una breve entrevista telefónica con un miembro del equipo del estudio. Durante esta entrevista, se les harán preguntas a los padres sobre sus hijos, como los arreglos de cuidado infantil del niño, sus actividades, los alimentos que su hijo lleva de su hogar al cuidado infantil, y otros servicios que reciba su familia. Esta entrevista telefónica con el padre tomará unos 15 minutos.

{Si corresponde: Los padres deberán anotar todos los alimentos que consume su hijo en el hogar durante dos o tres días en un formulario llamado Diario de alimentos del niño. Los padres recibirán entre \$20 y \$30 por cada día que completen este formulario. Los padres recibirán \$20 por completar el formulario un día en que su hijo se encuentre en cuidado infantil. Los padres recibirán \$30 por completar el formulario un día en que su hijo no se encuentre en cuidado infantil. Completar cada formulario tomará unos 40 minutos. Un miembro del equipo del estudio dará información adicional a los padres seleccionados para esta parte del estudio sobre el Diario de alimentos del niño, en el proveedor de cuidado infantil de su hijo.}

{Si corresponde: Los padres permitirán que los miembros altamente capacitados del equipo del estudio midan el peso y la altura de sus hijos.}

{Si corresponde: Los miembros del equipo del estudio también observarán comidas o actividades durante el período en que su hijo se encuentre en cuidado infantil.}

### ¿Se mantendrá la privacidad de la información recopilada sobre mí y mi familia?

Se mantendrá la privacidad de toda la información que se obtiene sobre los niños y las familias en el estudio en el grado máximo permitido por ley. No se compartirá información que identifique a niños o familiares con personas ajenas al estudio. Los nombres de los niños y miembros de la familia nunca aparecerán en ningún informe o con ningún hallazgo del estudio. Los formularios u otros documentos que incluyan su nombre se mantendrán en un área de almacenamiento bajo llave. Todo archivo computacional con su nombre estará protegido y bloqueado. Los investigadores que usen información para estudiar el programa deben seguir todas las normas de seguridad de datos.

De acuerdo con la Ley de Reducción de Trámites de 1995, una agencia no debe realizar o patrocinar, y una persona no está obligada a responder, una recopilación de información a menos que esta tenga un número de control válido de la Oficina de Administración y Presupuesto (OMB). El número de control válido de la OMB para esta recopilación de información es 0584-xxxx. El tiempo que se necesita para completar esta recopilación de información se estima en un promedio de 7 minutos por respuesta, incluido el tiempo de revisión de instrucciones, búsqueda de fuentes de datos existentes, recopilación y mantenimiento de los datos necesarios, y finalización y revisión de la recopilación de información.

### ¿Existen riesgos o beneficios por participar en el estudio?

Existe un riesgo muy bajo de pérdida de confidencialidad, pero el equipo del estudio ha seguido muchos pasos para reducir este riesgo. La participación en el estudio no afectará el cuidado infantil u otros servicios que usted o su familia reciban o puedan solicitar en el futuro.

Los padres recibirán \$10 en forma de tarjeta de prepago Visa por el tiempo que dediquen a firmar y devolver este Formulario de consentimiento y permiso de los padres.

[Si corresponde: Los padres seleccionados que acepten dar información sobre alimentos que consume su hijo fuera del establecimiento de cuidado infantil recibirán entre \$20 y \$30 en forma de tarjeta de prepago Visa por cada día que den esta información en el formulario del estudio.]

### ¿El estudio es voluntario?

Sí, la participación en el estudio es voluntaria. Usted o su hijo pueden cambiar de parecer en cualquier momento sobre la participación en el estudio.

### ¿Tiene preguntas sobre el estudio?

Si tiene preguntas, llame a nuestra línea directa gratuita del estudio al 844-808-4777. Si tiene preguntas o inquietudes sobre sus derechos como participante en la investigación, llame a Katie Speanburg a la Junta de Revisión Institucional de Abt Associates, sin cargo, al 877-520-6835.

He leído la información sobre este estudio y entiendo que se me pide participar y permitir que mi hijo participe en el SNACS.

Marcaré la casilla SÍ, firmaré y fecharé este formulario si acepto participar y permitir que mi hijo participe en este estudio. Marcaré la casilla NO, firmaré y fecharé este formulario si no acepto participar y no permito que mi hijo participe en este estudio.

SÍ, acepto participar en el estudio y que mi hijo forme parte de este estudio. Permitiré que el equipo del estudio se comunique conmigo con la información de contacto que aparece a continuación.

Nombre del niño:	Fecha de Nacimiento del niño: ____/____/____ MM / DD / AAAA
Nombre del padre/tutor:	
Dirección (calle, ciudad, estado):	
Número de teléfono (casa):	Mejor horario para llamar:
Número de teléfono (celular):	Mejor horario para llamar:
Correo electrónico:	
Días de la semana los cuales su hijo normalmente asiste al cuidado de niños en este lugar durante el <u>año escolar</u> (marque todo lo que corresponda): <input type="checkbox"/> Lunes <input type="checkbox"/> Martes <input type="checkbox"/> Miércoles <input type="checkbox"/> Jueves <input type="checkbox"/> Viernes	
Días de la semana los cuales su hijo normalmente asiste al cuidado de niños en este lugar durante el <u>el verano</u> (marque todo lo que corresponda): <input type="checkbox"/> Lunes <input type="checkbox"/> Martes <input type="checkbox"/> Miércoles <input type="checkbox"/> Jueves <input type="checkbox"/> Viernes	

NO, no acepto participar en el estudio y mi hijo no puede formar parte de este estudio.

\_\_\_\_\_  
Firma del padre/tutor

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
MM / DD / AAAA