

## Consentimiento informado de CAPP para padres y tutores legales

Título oficial del proyecto: Evaluación de la Iniciativa de Innovación de Permanencia: California Partners for Permanency II

Investigador principal: Dr. George Gabel

Institución que realiza el estudio: Westat

Date

Estimado posible participante,

El Departamento de Salud de Estados Unidos le ha solicitado a Westat, una organización de estudios de investigación, hacer un estudio acerca de cómo los servicios de bienestar infantil están ayudando a familias como la suya. Desean saber si los servicios que usted recibe ayudan a los niños a permanecer de manera segura fuera de cuidado temporal o a salir más pronto y de manera segura de cuidado temporal. Una de las maneras en que nos puede ayudar a aprender cómo servirle mejor a usted y a sus niños es al contestar el cuestionario adjunto.

Si acepta participar, conteste el cuestionario, póngalo en el sobre adjunto, cuyos gastos de envío ya se han pagado, y deposite el sobre en cualquier buzón del servicio de correo postal de Estados Unidos. Se le enviará una tarjeta regalo de Visa por \$50 como agradecimiento por su tiempo y sus respuestas.

**Sus respuestas no se le darán a conocer a su trabajador social, no se usarán en un tribunal y no afectarán su caso de bienestar infantil (child welfare).**

Gracias por su participación.

### Preguntas frecuentes

#### ¿Para qué es este estudio?

El estudio nos ayudará a aprender si los servicios que usted recibe de bienestar infantil ayudan a los niños bajo su cuidado.

#### ¿Cómo participo? ¿Cómo funciona el estudio?

Quisiéramos pedirle su permiso para que Westat reúna información sobre usted y sobre su familia. Westat obtendrá esta información mediante este cuestionario. En el cuestionario se hacen preguntas acerca de cómo trabaja usted con su trabajador social y el apoyo y servicio que recibe de su trabajador social. Otras preguntas son acerca de la participación de otros miembros de la familia y amigos en el caso de su niño y en qué tan esperanzado se siente usted de que su niño regrese a casa.

Contestar las preguntas le tomará unos 36 minutos. Puede dejar de contestar preguntas que le incomoden. No hay respuestas correctas ni incorrectas. Queremos que conteste las preguntas honestamente. Es posible que Westat se comunice con usted, por teléfono o correo electrónico, para entender mejor sus respuestas si usted no contesta todas las preguntas de la encuesta o si no podemos comprender sus respuestas.

**¿Cuáles son los posibles riesgos e incomodidades?**

Este cuestionario tiene preguntas que lo podrían hacer sentir triste o incómodo. Si eso sucede, por favor hable con su trabajador social. Asimismo, puede dejar de contestar preguntas que no desee.

**¿Se mantendrá en privado la información que le dé durante el estudio?**

Mantendremos su información en privado en la medida en que la ley lo permita. No incluiremos información que lo identifique específicamente a usted o a su familia en ningún informe. Todas las respuestas se reunirán con las respuestas de otras familias y se usarán únicamente con fines del estudio.

Para mantener su información en privado, recibimos un Certificado de confidencialidad del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos. Con este certificado, nadie nos puede obligar a dar información que lo pueda identificar, incluso en procesos legales o en tribunales y bajo órdenes y citaciones de un tribunal. Si nos enteramos de incidentes de abuso o abandono, la ley nos exige informar esto a bienestar infantil. Igualmente se nos exige informar a las autoridades si nos preocupa que usted pudiera hacerse daño a sí mismo.

**¿Cuáles son los beneficios de participar en el estudio?**

Su participación ayudará a (*insert CAPP agency name*) a encontrar mejores maneras de servir a las familias y a los niños.

**¿Hay otras maneras de participar en el estudio?**

No hay otras maneras de participar en el estudio aparte de completar este cuestionario.

**¿Puedo resultar lastimado por participar en el estudio?**

No creemos que usted vaya a resultar lastimado debido a la participación en el estudio. Por lo tanto, no tendremos tratamiento disponible para lesiones.

**¿Tiene Westat un conflicto de intereses con el Departamento de Servicios Sociales?**

Westat no tiene relaciones financieras ni de otro tipo con (*insert CAPP agency name*) que afecten la realización de este estudio, incluyendo la interpretación y el informe de los resultados del estudio.

**¿Recibiré algo por participar en el estudio?**

Le enviaremos por correo una tarjeta regalo de Visa por \$50 como agradecimiento una vez que hayamos recibido su cuestionario.

**Me gustaría participar en el estudio pero tengo preguntas. ¿Con quién me puedo comunicar?**

Si tiene alguna pregunta acerca del estudio o si desea contestar el cuestionario por teléfono, sírvase llamar a Westat al 1-855-538-6735. Están disponibles de 9:00 a.m. a 3:00 p.m. PST y con gusto lo pueden atender.

Si tiene alguna pregunta acerca de sus derechos como participante en el estudio, comuníquese con el Comité para la protección de participantes en estudios en el (916) 326-3660. También puede saber más acerca de sus derechos como participante en el estudio consultando *La declaración de derechos del participante en estudios de investigación* que se incluye en esta correspondencia.

**¿Tengo que participar en el estudio?**

No está obligado a participar en el estudio. Se puede retirar del estudio en cualquier momento. Su elección no afectará su caso ni los servicios que usted y su familia reciben. Esperamos que participe en el estudio para que podamos aprender maneras de servirles mejor a las familias.

**Decisión de participar**

He recibido una copia de La declaración de derechos del participante en estudios de investigación y acepto participar en la encuesta.

Sí       No

Si contestó "sí" a la pregunta anterior, sírvase firmar a continuación y continuar con el cuestionario.

\_\_\_\_\_  
Escriba su nombre aquí en letra de imprenta

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha

**Dirección postal para enviar el incentivo**

Por favor anote la dirección para que Westat le envíe por correo la tarjeta regalo de Visa por \$50.

**Nombre:** \_\_\_\_\_

**Dirección:** \_\_\_\_\_

**(Dirección, cont.):** \_\_\_\_\_

**Ciudad, estado, código postal:**  
\_\_\_\_\_

**Teléfono (por favor incluya el código de área):** ( \_\_\_\_\_ ) – \_\_\_\_\_ – \_\_\_\_\_

**Fecha de aprobación de este consentimiento por la Junta de Revisión Institucional (IRB, por sus siglas en inglés):** TBD

**Fecha de vencimiento de la aprobación de esta carta por la IRB:** TBD

**Nº DE OMB:** TBD

**FECHA DE VENCIMIENTO:** TBD

**Declaración de tiempo:** Se calcula que esta recolección de información toma aproximadamente 36 minutos por participante. Este cálculo incluye el tiempo para revisar las instrucciones, y completar y revisar la recolección de información. Ninguna agencia puede llevar a cabo ni patrocinar una recolección de información y ninguna persona está obligada a responder a dicha recolección a menos que ésta muestre un número de control vigente de OMB.

## **Declaración de Derechos de Participantes en estudios Nomedicos**

Se le ha pedido que participe en un estudio de investigación. Cualquier participante en un estudio de investigación tiene el derecho a:

- a. Que se le diga la naturaleza y el propósito del estudio.
- b. Que se le dé una explicación de lo que ocurrirá durante el estudio y de que manera se espera que participe el participante en una investigación.
- c. Que se le dé una explicación de todos los riesgos o molestias que pueden ocurrir como resultado de la participación en el estudio.
- d. Que se le dé una explicación de todos los beneficios que se pueden recibir de la participación en el estudio.
- e. Que se le diga de otras alternativas apropiadas que pudieran ser mejores o peores que la participación en el estudio, y que se le diga de los riesgos y beneficios de esas otras alternativas.
- f. Que tenga la oportunidad de hacer preguntas acerca del estudio o acerca de su participación en el estudio, antes de participar en el estudio y durante la duración del estudio.
- g. Que se le diga que puede retirar su consentimiento y participación en el estudio en cualquier momento, y que su retiro no le afectará sus servicios.
- h. Que se le diga que puede rehusarse a contestar cualquier pregunta.
- i. Que se le dé una copia firmada y fechada de la forma de consentimiento.
- j. Estar libre de presiones al momento de decidir si da su consentimiento para participar en el estudio.
- k. Obtener información, en cuanto usted lo pida, acerca de los resultados del estudio.



3. **En los últimos 3 meses, este trabajador social ha preguntado sobre familiares y otras personas en mi vida que me están ayudando.**

- a. Bastante
- b. La mayoría de veces
- c. Algo
- d. Muy poco
- e. Nada

4. **En los últimos 3 meses, este trabajador social me ha preguntado acerca de apoyo y servicios que yo pienso que mi niño necesita.**

- a. Bastante
- b. La mayoría de veces
- c. Algo
- d. Muy poco
- e. Nada

5. **En los últimos 3 meses, este trabajador social me ha preguntado acerca de apoyo y servicios que yo pienso que mi familia necesita.**

- a. Bastante
- b. La mayoría de veces
- c. Algo
- d. Muy poco
- e. Nada

6. **En los últimos 3 meses, este trabajador social ha tratado de aprender acerca de los valores, creencias, cultura y tradiciones de mi familia.**

- a. Bastante
- b. La mayoría de veces
- c. Algo
- d. Muy poco
- e. Nada

7. **En los últimos 3 meses, este trabajador social ha respetado los valores, creencias, cultura y tradiciones de mi familia al tomar decisiones acerca de apoyo y servicios para nosotros.**

- a. Bastante
- b. La mayoría de veces
- c. Algo
- d. Muy poco
- e. Nada

8. **En los últimos 3 meses, este trabajador social ha tratado de entender las cosas que han tenido un gran impacto en nuestra familia.**

- a. Bastante
- b. La mayoría de veces
- c. Algo
- d. Muy poco
- e. Nada

9. **En los últimos 3 meses, este trabajador social ha sido honesto.**

- a. Bastante
- b. La mayoría de veces
- c. Algo
- d. Muy poco
- e. Nada

10. **En los últimos 3 meses, este trabajador social ha sido respetuoso.**

- a. Bastante
- b. La mayoría de veces
- c. Algo
- d. Muy poco
- e. Nada

11. **En los últimos 3 meses, este trabajador social ha hecho un esfuerzo por entender el dolor y tristeza que mi familia está sintiendo debido a que mi niño fue asignado a cuidado temporal.**

- a. Bastante
- b. La mayoría de veces
- c. Algo
- d. Muy poco
- e. Nada



## Sección B

Estas preguntas son acerca de las personas en su vida, tales como familiares y otras personas en su comunidad o tribu quienes trabajan de cerca con usted y lo apoyan durante su caso con los Servicios de Bienestar Infantil. Estas son personas aparte de su trabajador social de Servicios de Bienestar Infantil o de otro personal de bienestar infantil. Es posible que el trabajador social se refiera a veces a este grupo de personas como su "círculo de apoyo". Piense en las personas que han tenido un papel importante en ayudar y apoyar a su familia durante su inclusión en los Servicios de Bienestar Infantil **durante los últimos 3 meses.**

**12a. Marque la opción Sí, No o N/A para indicar si cada una de las personas a continuación lo han estado ayudando. Marque N/A (No aplica/No corresponde) si la persona falleció; o si usted no tiene hermano, hermana, etc.; o si la persona no es parte de su vida.**

Persona	12a. ¿Es esta persona parte de su círculo de apoyo?		
	Sí	No	N/A
Su madre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Su padre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Su(s) hermana(s)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Su(s) hermano(s)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Su(s) abuelo(s)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Su(s) hijo(s) adulto(s)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Su(s) primo(s)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Su madrastra	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Su padrastro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Su(s) tía(s)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Su(s) tío(s)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Su(s) amigo(s)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Su(s) vecino(s)/compañero(s) de trabajo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
El padre o la madre de su niño	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La familia de la madre o el padre de su niño	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
El maestro de su niño	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Su(s) consejero(s) o terapeuta(s)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Líder o consejero espiritual, ministro, pastor o sacerdote	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Persona(s) mayor(es), líder(es), miembro(s) de su comunidad o tribu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

12b. Indique entre 3 a 5 personas en su círculo de apoyo que hayan sido las más serviciales para su familia durante su inclusión en los Servicios de Bienestar Infantil durante los últimos 3 meses (puede marcar hasta 5 casilleros a continuación).

Relación o parentesco		
<input type="checkbox"/> 1. Su madre	<input type="checkbox"/> 8. Su madrastra	<input type="checkbox"/> 14. El padre o la madre de su niño
<input type="checkbox"/> 2. Su padre	<input type="checkbox"/> 9. Su padrastro	<input type="checkbox"/> 15. La familia de la madre o el padre su niño
<input type="checkbox"/> 3. Su(s) hermana(s)	<input type="checkbox"/> 10. Su(s) tía(s)	<input type="checkbox"/> 16. El maestro de su niño
<input type="checkbox"/> 4. Su(s) hermano(s)	<input type="checkbox"/> 11. Su(s) tío(s)	<input type="checkbox"/> 17. Su(s) consejero(s) o terapeuta(s)
<input type="checkbox"/> 5. Su(s) abuelo(s)	<input type="checkbox"/> 12. Su(s) amigo(s)	<input type="checkbox"/> 18. Líder o consejero espiritual, ministro, pastor o sacerdote
<input type="checkbox"/> 6. Su(s) hijo(s) adulto(s)	<input type="checkbox"/> 13. Su(s) vecino(s)/ compañero(s) de trabajo	<input type="checkbox"/> 19. Persona(s) mayor(es), líder(es), miembro(s) de su comunidad o tribu
<input type="checkbox"/> 7. Su(s) primo(s)		





**13. En los últimos 3 meses, mi círculo de apoyo y yo hemos trabajado en equipo para encontrar soluciones a los problemas que enfrenta mi familia.**

- a. Bastante
- b. La mayoría de veces
- c. Algo
- d. Muy poco
- e. Nada

**14. En los últimos 3 meses, mi círculo de apoyo me ha ayudado a hacer lo necesario para que mi niño regrese a casa y cerrar el caso de mi familia.**

- a. Bastante
- b. La mayoría de veces
- c. Algo
- d. Muy poco
- e. Nada

**15. En los últimos 3 meses, mi círculo de apoyo y yo hemos trabajado en equipo para crear servicios y apoyo que respetan el estilo de vida de mi familia, nuestras preferencias y nuestras prioridades.**

- a. Bastante
- b. La mayoría de veces
- c. Algo
- d. Muy poco
- e. Nada

**16. En los últimos 3 meses, cuando estoy en reuniones con los Servicios de Bienestar Infantil acerca de mi niño, mi círculo de apoyo y yo hemos tenido la oportunidad de expresar nuestras metas para mi familia.**

- a. Bastante
- b. La mayoría de veces
- c. Algo
- d. Muy poco
- e. Nada

## Sección C

*Estas preguntas son acerca de cómo se siente acerca del futuro de su familia respecto al regreso de su niño a casa. Cuando conteste estas preguntas, piense en el niño incluido en los Servicios de Bienestar Infantil que usted identificó al comienzo del cuestionario. Por favor, marque con una  su respuesta.*

**17. En los últimos 3 meses, he obtenido el apoyo que necesitaba para ayudarme con mis sentimientos en esta situación.**

- a. Bastante
- b. La mayoría de veces
- c. Algo
- d. Muy poco
- e. Nada

**18. En los últimos 3 meses, mi niño ha obtenido el apoyo que él/ella necesitaba con sus sentimientos hacia esta situación.**

- a. Bastante
- b. La mayoría de veces
- c. Algo
- d. Muy poco
- e. Nada

**19. Creo que puedo influir en las decisiones que se están tomando respecto al futuro de mi niño.**

- a. Bastante
- b. La mayoría de veces
- c. Algo
- d. Muy poco
- e. Nada

**20. Creo que mi niño tendrá una familia y otras relaciones cariñosas que lo apoyen en la vida.**

- a. Bastante
- b. La mayoría de veces
- c. Algo
- d. Muy poco
- e. Nada



21. **Creo que mi niño podrá vivir conmigo de manera segura sin que los Servicios de Bienestar Infantil estén incluidos.**

- a. Sí → **CONTINÚE CON LA PREGUNTA #22**
- b. Tal vez → **CONTINÚE CON LA PREGUNTA #22**
- c. No → **VAYA A LA PREGUNTA #26**

22. **Creo que mis amigos y familia me darán la ayuda y el apoyo que necesito para cuidar a mi niño en casa.**

- a. Bastante
- b. La mayoría de veces
- c. Algo
- d. Muy poco
- e. Nada

23. **Creo que puedo manejar la mayoría de dificultades que se me podrían presentar en el cuidado de mi niño cuando él/ella regrese a casa.**

- a. Bastante
- b. La mayoría de veces
- c. Algo
- d. Muy poco
- e. Nada

24. **Creo que puedo manejar las cosas por mi cuenta en casa cuando mi niño regrese a casa.**

- a. Bastante
- b. La mayoría de veces
- c. Algo
- d. Muy poco
- e. Nada

25. **Creo que puedo hacer planes para el futuro de mi familia y dar pasos para la realización de esos planes.**

- a. Bastante
- b. La mayoría de veces
- c. Algo
- d. Muy poco
- e. Nada

## Sección D

Actividades del caso con familiares y amigos

*Es posible que tenga otros niños incluidos en los Servicios de Bienestar Infantil aparte del niño que usted nombró al comienzo del cuestionario. Conteste las siguientes preguntas pensando acerca de cualquiera de sus niños.*

26. **Le he contado a mi trabajador social acerca de familiares o amigos que podrían ayudarnos a mi(s) niño(s) y a mí a reunirnos y a permanecer juntos como familia.**

- a. Sí → **CONTINÚE CON LA PREGUNTA #27**
- b. No → **VAYA A LA PREGUNTA #29**

27. **Estos familiares o amigos me están ayudando a mí y a mi(s) niño(s) a reunirnos y a permanecer juntos como familia.**

- a. Sí
- b. No

28. **Los familiares o amigos que he identificado han participado conmigo en una o más reuniones de equipo con mi trabajador social.**

- a. Sí
- b. No



**29. Actividades del caso con representantes de la comunidad**

*En las preguntas a continuación, los representantes de la comunidad y de la tribu incluyen a:*

- Maestros
- Consejeros o terapeutas
- Líderes o consejeros –espirituales o religiosos– tales como ministros, pastores o sacerdotes
- Otros líderes de la comunidad o personas mayores
- Otros representantes de la tribu

**29a. Le he contado a mi trabajador social acerca de representantes de la comunidad o tribu que son importantes para mi(s) niño(s) o nuestra familia.**

- a. Sí → **CONTINÚE CON LA PREGUNTA #30**  
 b. No → **VAYA A LA PREGUNTA #32**

**30. Los representantes de la comunidad o de la tribu están ayudando a que mi(s) niño(s) y yo nos reunamos y permanezcamos juntos como familia.**

- a. Sí  
 b. No

**31. Los representantes de la comunidad o de la tribu han participado conmigo en una o más reuniones de equipo con mi trabajador social.**

- a. Sí  
 b. No

**Actividades del caso con usted**

**32. Junto con mi trabajador social he identificado maneras de cambiar mi comportamiento para que mi(s) niño(s) puedan estar seguros bajo mi cuidado.**

- a. Sí  
 b. No

**33. He dado pasos para cambiar mi comportamiento de modo que mi(s) niño(s) pueda(n) estar seguro(s) bajo mi cuidado.**

- a. Sí  
 b. No

**34. Mi trabajador social y yo hemos hablado acerca de cómo estoy cambiando mi comportamiento para que mi(s) niño(s) puedan estar seguros bajo mi cuidado.**

- a. Sí  
 b. No

**35. He completado una o más visitas supervisadas a uno o más de mis niños.**

- a. Sí  
 b. No  
 c. No tengo aprobación para visitar a mi(s) niño(s).

**36. He completado una o más visitas sin supervisión a uno o más de mis niños.**

- a. Sí  
 b. No  
 c. No tengo aprobación para visitar a mi(s) niño(s).

**37. He completado una o más visitas de por lo menos una noche a uno o más de mis niños.**

- a. Sí  
 b. No  
 c. No tengo aprobación para visitar a mi(s) niño(s).



## Sección E

38. ¿Cuántos de sus niños están incluidos actualmente en los Servicios de Bienestar Infantil?

Número de niños

39. Piense en el niño nombrado al comienzo del cuestionario. ¿Cuál es el género de este niño?

- a. Hombre  
 b. Mujer

40. ¿Cuál es la fecha de nacimiento de este niño?

 /  /   
mes                      día                      año

41a. ¿Es este niño de origen hispano, latino o español?

- a. Sí  
 b. No

41b. ¿Cuál es la raza de este niño?  
(Marque una o más opciones)

- a. India americana  
 b. Nativa de Alaska  
 c. Asiática  
 d. Negra o africana americana  
 e. Nativa de Hawái o de otra isla del Pacífico  
 f. Blanca  
 g. Otra

especifique:

42. ¿Cuál es su relación o parentesco con este niño?

- a. Madre o padre biológico  
 b. Madre o padre adoptivo  
 c. Tutor que es un familiar

especifique:

- d. Tutor que no es un familiar  
especifique:

43. ¿De qué género es usted?

- a. Hombre  
 b. Mujer

44. ¿Cuántos años tiene usted?

 años

45a. ¿Es usted de origen hispano, latino o español?

- a. Sí  
 b. No

45b. ¿Cuál es su raza?

(Marque una o más opciones)

- a. India americana  
 b. Nativa de Alaska  
 c. Asiática  
 d. Negra o africana americana  
 e. Nativa de Hawái o de otra isla del Pacífico  
 f. Blanca  
 g. Otra

especifique:

**Ha terminado el cuestionario.**

Usted ha: \_\_\_\_ ¿completado todas las secciones del cuestionario?  
          \_\_\_\_ ¿firmado para dar su autorización informada?  
          \_\_\_\_ ¿incluido su dirección de correo para el incentivo?

**Por favor, ponga este cuestionario en el sobre con franqueo pagado y deposítelo en cualquier buzón del servicio de correo postal de Estados Unidos.**

**Gracias por su participación.**

Draft

