

## Appendix H - Consent Form: Parent/Caregiver Triads (Spanish)

OMB DECLARACIÓN DE CARGA: De conformidad con la Ley de reducción del papeleo de 1995 (Paperwork Reduction Act), ninguna persona está obligada a responder a una recopilación de datos a menos que muestre un número de control válido de la Oficina de Administración y Presupuesto (OMB en inglés). El número de control válido para esta recopilación de datos es 0584-0524. Se calcula que el tiempo necesario para completar esta recopilación de datos es un promedio de 5 minutos incluyendo el tiempo requerido para revisar las instrucciones, buscar fuentes de datos existentes, recolectar y mantener los datos necesarios, y completar y revisar la recopilación de datos.

**Antecedentes & Objetivos:** Usted está invitado a participar en un pequeño grupo de discusión en nombre del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA en inglés) Servicio de Alimentación y Nutrición (FNS en inglés) para validar los materiales de educación para la salud recientemente actualizados para los participantes y cuidadores del Programa de Alimentos de Cuidado de Niños y Adultos (CACFP en inglés).

**Metódo:** Como parte de este estudio, usted va participar en una entrevista de 90 minutos con un representante del Marketing y Comunicación de la Diversidad, otros padres, y cuidadores el [fecha] en [ubicación]. Los resultados de esta entrevista se utilizarán para mejorar y ayudar a desarrollar materiales de educación nutricional disponible a nivel nacional.

**Posibles riesgos y beneficios:** Nosotros no anticipamos ningún riesgo asociado con la participación en esta entrevista.

**Estipendio:** Usted va recibir \$50 en forma de una tarjeta de regalo Visa o MasterCard para compensar los costos que pueda incurrir al participar en esta investigación.

**Derechos de los participantes:** La participación en esta entrevista es voluntaria. Sin su consentimiento, no procederemos con la entrevista. Usted tiene el derecho a cambiar de opinión y retirar su consentimiento o dejar de participar en cualquier momento sin ninguna penalidad o pérdida de los beneficios a los que tiene derecho. Usted tiene el derecho a no responder a ninguna pregunta que usted no quiera responder. Su nombre, dirección y número de teléfono y correo electrónico sólo se usarán para comunicarse con usted acerca de esta investigación. Su información no se le dará a nadie más para ningún otro propósito. La entrevista puede ser grabada en audio solo para fines de esta investigación. Su nombre nunca se utilizará en ninguna de las notas o informes de los resultados de nuestra investigación. Su

información se mantendrá segura y solo se utilizará para propósitos de esta investigación a menos que sea requerido por la ley.

**Información del contacto:** Si usted tiene alguna pregunta, preocupaciones, o quejas sobre este estudio de investigación, sus procedimientos, riesgos y beneficios, favor comuníquese con Maria Sinopoli (973.377.0300, X16; msinopoli@diversitymc.com)

Su firma abajo indica que usted entiende las condiciones indicadas arriba y acepta participar en esta entrevista. Se le dará una copia de este consentimiento para sus archivos.

Firma: \_\_\_\_\_

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