

G6. Parent Consent and Permission Form (Infants) - Spanish

This page has been left blank for double-sided copying.



Estudio de Nutrición y Actividad en Entornos de Cuidado Infantil II (SNACS-II por sus siglas en inglés) Formulario de consentimiento y permiso para padres de bebés

El Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA por sus siglas en inglés) le invita a usted y a su bebé a participar en el segundo Estudio de Nutrición y Actividad en Entornos de Cuidado Infantil (SNACS-II). Este formulario explica en qué consiste participar en el estudio. **Por favor lea, firme y devuelva este formulario.** Puede enviarlo por internet o por correo en el sobre que se adjunta.

¿Qué es SNACS-II?

El proveedor de cuidado infantil de su bebé es parte de este estudio nacional. El estudio observará las comidas y actividades que se le ofrecen a bebés, niños y jóvenes en una muestra de más de 1.300 centros de cuidado infantil, hogares familiares de cuidado infantil y programas antes y después de la escuela en todo el país. De estos proveedores, el estudio incluirá a más de 4.000 bebés, niños y jóvenes, y sus padres/tutores. **Parte del estudio observará cómo se alimenta al bebé, el consumo de alimentos del bebé y los niveles de actividad de los bebés mientras están en cuidado infantil.** Este importante estudio ayudará a los proveedores de cuidado infantil y al USDA a comprender cómo funciona el Programa de Alimentos para el Cuidado de Niños y Adultos (CACFP por sus siglas en inglés) y así poder ayudar mejor a los niños a aprender y crecer. Mathematica y Westat están realizando el estudio para el USDA.

¿Qué se espera de mí y de mi bebé?

Si usted acepta participar en el estudio, el proveedor de cuidado infantil de su bebé llenará un formulario sobre lo que su bebé come y bebe en un día cuando su bebé está en el cuidado. A usted le pediremos en este formulario que nos dé la fecha de nacimiento del bebé y nos diga cuánto pesó la última vez que lo(a) llevaron al médico.

¿Se mantendrá privada la información recolectada sobre mí y mi familia?

Toda la información recolectada para el estudio es privada bajo la Ley de privacidad en la medida permitida por la ley. No compartiremos ninguna información que identifique a los niños o miembros de familia con nadie fuera del estudio. Toda información que pueda identificar a alguien será eliminada de los datos durante el análisis. Todos los informes presentarán los resultados en grupo. Los nombres de los niños o miembros de familia nunca aparecerán en ningún informe o resultado del estudio. Cualquier formulario u otro papel en donde figure su nombre será guardado en un área de almacenamiento bajo llave. Todos los archivos en computadoras que contengan su nombre serán bloqueados y protegidos. Todos los evaluadores que usen la información para estudiar el programa deben seguir todas las reglas de seguridad de datos.

¿Hay algún riesgo o beneficio?

Si bien no hay beneficios directos para usted, los resultados del estudio ayudarán al USDA y a los proveedores de cuidado infantil a mejorar la salud, el bienestar y el aprendizaje de los niños. Hay un riesgo muy pequeño de pérdida de confidencialidad, pero el equipo de estudio ha tomado muchas medidas para reducir este riesgo.

¿Es voluntario el estudio?

Sí, participar en el estudio es voluntario. Usted decide si desea participar en el estudio o no. Usted puede cambiar de parecer en cualquier momento sobre estar en el estudio. Además, puede negarse a tomar parte en cualquiera de las actividades de recolección de datos o saltarse cualquier pregunta que no desee responder. Participar en el estudio no afectará su cuidado infantil ni ningún otro servicio que usted o su familia recibe ahora o pueda solicitar en el futuro. Al firmar este formulario de consentimiento, no renuncia a ninguno de sus derechos legales.

¿Preguntas sobre el estudio?

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a la línea directa del estudio sin cargo, [TELEPHONE NUMBER], o envíe un correo electrónico a [STUDY EMAIL ADDRESS]. Si usted tiene alguna pregunta sobre sus derechos como participante en una evaluación, por favor llame al [IRB TELEPHONE NUMBER].

El Servicio de Alimentos y Nutrición (FNS por sus siglas en inglés) está recolectando esta información para comprender la calidad nutricional de las comidas y meriendas del CACFP, el costo de producirlas, y el consumo dietético y nivel de actividad de los participantes de CACFP. Esta es una recolección voluntaria y el FNS usará la información para examinar las operaciones del CACFP. Esta recolección pide información personal identificable bajo la Ley de privacidad de 1974. Las respuestas se mantendrán privadas en la medida prevista por la ley y los reglamentos del FNS. De conformidad con la Ley de reducción del papeleo de 1995 (Paperwork Reduction Act), una agencia no puede realizar ni patrocinar, y una persona no 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 por sus siglas en inglés). El número de control válido de la OMB para esta recopilación de datos es 0584-xxxx. Se calcula que el tiempo necesario para completar esta recopilación de datos es un promedio de 0.167 horas (10 minutos) por respuesta, 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. Envíe comentarios sobre esta estimación de carga o cualquier otro aspecto de esta recopilación de información, incluidas sugerencias para reducir esta carga, a: U.S. Department of Agriculture, Food and Nutrition Service, Office of Policy Support, 1320 Braddock Place, 5th Floor, Alexandria, VA 22314 ATTN: PRA (0584-xxxx). No devuelva el formulario completo a esta dirección.

CONSENTIMIENTO

- He leído la información sobre este estudio, incluyendo todo este formulario de consentimiento. Entiendo que se me está invitando a participar en un estudio voluntario.
- Se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas sobre el estudio y todas mis preguntas han sido respondidas a mi satisfacción.
- Devolveré este formulario en el sobre con estampilla que se adjunta o lo enviaré a través del sitio web del estudio.

SÍ, acepto participar en el estudio y acepto que mi hijo(a) pueda participar en el estudio.

_____ |__|_|_|/|__|_|_|/|__|_|_|_|_|_|
 Firma del Padre/Madre/Tutor (o escriba usando el teclado) Mes Día Año

Nombre del Padre/Madre/Tutor: _____ Correo Electrónico: _____

Dirección (Calle, Ciudad, Estado): _____

Número de Teléfono Principal: ____ - ____ - ____ - ____ Celular Casa

Mejor hora para llamar: Mañana Tarde Noche A cualquier hora

¿Le podemos enviar mensajes de texto para el estudio? Sí No

Segundo Número de Teléfono: ____ - ____ - ____ - ____ Celular Casa

¿Qué días de la semana va normalmente su hijo(a) a cuidado infantil en este centro durante el año escolar (agosto-mayo)? (Marque todos los que correspondan.)

Lunes Martes Miércoles Jueves Viernes Sábados Domingos

Nombre del niño(a): [sampled child's name]	Género del niño(a): <input type="checkbox"/> Niña <input type="checkbox"/> Niño
---	---

Fecha de nacimiento del niño: |__|_|_|/|__|_|_|/|__|_|_|_|_|_|
 Mes Día Año

¿Desea que le mandemos una copia de este formulario a su correo electrónico? Sí No

NO, no acepto participar en el estudio.

_____ |__|_|_|/|__|_|_|/|__|_|_|_|_|_|
 Firma del Padre/Madre/Tutor (o escriba usando el teclado) Mes Día Año

Nombre del Padre/Tutor: _____ Correo electrónico: _____

¿Desea que le mandemos una copia de este formulario a su correo electrónico? Sí No