

Formulario aprobado  
OMB N.º 0920-1421  
Fecha de vencimiento: 11/30/2026

**Understanding HIV/STD Risk and Enhancing PrEP Implementation Messaging in a Diverse Community-Based Sample of Gay, Bisexual, and Other Men Who Have Sex with Men in a Transformational Era (MIC-DROP)**

**Attachment 4b  
Registration Contact Information Form Spanish**

La carga pública de notificación para esta recolección de información se calcula que promedia los 5 minutos por respuesta, lo que incluye el tiempo que se toma en dar las instrucciones, hacer búsquedas en fuentes de datos, recolectar y mantener los datos necesarios, y completar y revisar la recopilación de información. Una agencia no puede llevar a cabo ni patrocinar un estudio de recopilación de información y las personas no están obligadas a responder, a menos que se presente un número de control de OMB válido y vigente. Envíe comentarios sobre este cálculo de tiempo o sobre cualquier otro aspecto de esta recolección de información, incluidas sugerencias para reducir esta carga, a CDC/ATSDR Reports Clearance Officer, 1600 Clifton Road NE, MS D-74, Atlanta, Georgia 30333; ATTN: OMB-PRA (0920-Nuevo)

## **Formulario de Contacto de Registro MIC-DROP - Español**

Con base en sus respuestas usted podrá cualificar para participar en nuestro estudio. Incluya la siguiente información (nombre y apellido, teléfono, email y preferencia de contacto) para que podamos contactarlo y programar su participación en el estudio. La información aquí proporcionada se conservará aparte de otra información que nos proporcione durante el transcurso de este estudio, y el acceso a cualquier información de contacto que proporcione estará limitado al personal clave del estudio.

Tómese un momento para repasar sus respuestas antes de enviarlas. Asegúrese de que su información de contacto es correcta, pues en caso de no serlo no podremos contactarlo.

1. ¿Cuál es el número telefónico de 10 dígitos correspondiente al plan de telefonía móvil que usará durante este estudio? Debe contar con un dispositivo en el que pueda recibir mensajes de texto con información importante, como recordatorios para completar encuestas.

Teléfono: ( \_ \_ \_ ) -- \_ \_ \_ \_ -- \_ \_ \_ \_ \_ \*

[PHNNUMB]

[“Debe indicar un número telefónico válido de 10 dígitos para participar en nuestro estudio.”]

2. ¿Cuál es su dirección de email actual? \_\_\_\_\_

[EMAIL]

Por favor, indique una dirección de envío para que podamos enviarle kits de testeo de VIH/ITS durante el estudio. El paquete llegará en una caja postal común. Puede elegir recibir los paquetes en su casa, en la dirección de un familiar o de un amigo. Sin embargo, no podemos hacer envíos a un buzón postal (P.O. Box). Si no puede darnos una dirección de envío no podrá participar en el estudio.

3. Indicar dirección de envío:

Dirección 1: \_\_\_\_\_ [ADDRESS1]

Dirección 2: \_\_\_\_\_ [ADDRESS2]

Ciudad: \_\_\_\_\_ [CITY]

Estado: \_\_\_\_\_ [STATE]

Código ZIP: \_\_\_\_\_ [ZIP]

4. ¿Qué tipo de dirección es esta?

(1) Mi casa o residencia (casa, apartamento, condominio)

(2) La casa o residencia de otra persona (casa, apartamento, condominio)

(3) Mi oficina o lugar de trabajo

(4) La oficina o lugar de trabajo de otra persona

(5) Oficina de correos o buzón compartido (PO Box)

(6) Organización comunitaria o centro de salud

(7) Otra, especificar \_\_\_\_\_ [ADDRESS\_TYPE\_OTHER]

[ADDRESS\_TYPE]

Fuente: Creado

5. Si el personal del estudio le contacta en relación a su participación en el estudio, ¿cómo prefiere que lo contactemos? *Elegir una.*

- (1) Llamada Telefónica
  - (2) Mensaje de Texto
  - (3) Email
  - (4) Sin preferencias
- [CONTACT]

Si el personal del estudio le contacta en relación a su participación en el estudio, tratarán de hacerlo primero usando su método de contacto seleccionado. En caso de no poder contactarlo usando el método seleccionado, el personal del estudio tratará de contactarlo por otros medios.

Durante este estudio su nombre no será conectado con sus respuestas a cualquier encuesta. Preferimos tener su nombre y apellido, dado que este nombre aparecerá en el paquete que le enviemos como parte de este estudio. Necesitará su nombre en el paquete para saber que es para usted.

6. ¿Cuál es su nombre completo? Indicar nombre y apellido \*

\_\_\_\_\_

[FIRSTNAME]

\_\_\_\_\_

[LASTNAME]

["Debe proporcionar un nombre completo para participar en el estudio."]

7. Por favor, denos su nombre o, si lo prefiere, un apodo, alias o nombre alternativo a su elección que podamos usar para comunicarnos con usted durante el estudio. \_\_\_\_\_

[NICKNAME]

8. ¿Qué pronombres debemos utilizar para usted?

Él

Ella

Elle

Otro: \_\_\_\_\_

**Final: Si el participante proporciona la información solicitada (número de teléfono y dirección postal):**

¡Felicitaciones! Está registrado para participar en este estudio sanitario.

El siguiente paso es completar una visita virtual de inscripción al estudio y una encuesta básica de salud. El personal del estudio le contactará para programar su visita virtual de inscripción al estudio. Tenga en cuenta que esto puede demorar hasta dos semanas. Puede contactar con el coordinador del Estudio en cualquier momento escribiendo a [email del estudio] o llamando al [teléfono del estudio] si tiene cualquier pregunta.

MIC-DROP Formulario de Registro\_Español  
Completado: 22/6/2023 Revisión: 24/1/2024

¡Gracias!

---