PRAMS Stillbirth Mail Introduction & Informed Consent – Spanish

Introductory Card (mail, handwritten)

<DATE>

Estimada Sra. <MOTHER'S LAST NAME>:

Recientemente nos enteramos de su pérdida y deseamos darles nuestro más sentido pésame a usted y a su familia en estos dolorosos momentos. La pérdida de un bebé es devastadora y nuestra meta es prevenir que las familias sufran estas pérdidas.

Deseamos darle a conocer un proyecto llamado <PROJECT NAME> que tiene el fin de ayudarnos a entender mejor por qué suceden las muertes fetales y cómo se podría mejorar la atención que reciben familias como la suya. Durante la próxima semana, le enviaremos una encuesta acerca de las experiencias que tuvo durante el embarazo. Esperamos que decida contestar estas preguntas para ayudarnos a mejorar los servicios y la atención que reciben familias como la suya en el estado de <STATE>.

Si tiene alguna pregunta acerca de la encuesta, puede llamarme a nuestra línea telefónica gratuita, 1-800-<###-####>.

Cordialmente,

<PROJECT COORDINATOR'S NAME>
<STATE> <PROJECT NAME> Coordinador de Proyecto

Informed Consent Document (mail)

Información Importante Sobre <PROJECT NAME>

Por favor, lea antes de empezar el cuestionario

- <PROJECT NAME> es un proyecto de investigación realizado por los Centros de Control y Prevención de Enfermedades y el Departamento de Salud de <STATE>.

- El objetivo del proyecto es descubrir por qué algunos bebés nacen sanos y otros no.

- Estamos pidiendo a <NUMBER> mujeres en <STATE> que contesten las mismas preguntas. Todos sus nombres fueron seleccionados por computadora de una lista de actas de nacimiento recientes.

- Tomará unos 20 minutos contestar todas las preguntas. Algunas de las preguntas pueden ser delicadas, como las que tienen que ver con el cigarrillo o el uso de bebidas alcohólicas durante el embarazo.

- Usted es libre de responder o no a este cuestionario. Si decide no participar, o si no quiere contestar alguna pregunta específica, está bien. No hay sanciones ni pérdida de beneficios por no contestar algunas o todas las preguntas.

- Su cuestionario puede ser combinada con otra información que tiene el Departamento de Salud de otras fuentes.

- Si decide contestar el cuestionario, sus respuestas se mantendrán en privado hasta donde lo permita la ley, y sólo se usarán para fines de investigación. Si usted está actualmente en la cárcel, su participación en este estudio no tendrá ningún efecto en su parole (libertad provisional).

- Nadie será identificado por nombre en los informes de <PROJECT NAME>. El número del formulario nos permite saber que usted ha regresado su cuestionario.

- Sus respuestas se agruparán con las de otras mujeres. Lo que aprendamos de <PROJECT NAME> será utilizado para planificar programas que se brindaran a las madres y los bebés de <STATE>.

- Si tiene alguna pregunta sobre sus derechos como participante en este estudio, por favor llame a <NAME OF A PERSON AT YOUR LOCAL IRB OFFICE> al <PHONE NUMBER>.

Si tiene alguna pregunta acerca de <PROJECT NAME>, o si desea contestar el cuestionario por teléfono, por favor llame a <PROJECT COORDINATOR'S NAME>, el Coordinador del proyecto <PROJECT NAME> de <STATE>
al 1-800-<###-####>.
La llamada es gratis.