

Form Approved  
OMB No. 0920-1402  
Expiration Date: XX/XX/XXXX

**Surveillance of HIV-related service barriers among Individuals with Early or  
Late HIV Diagnoses (SHIELD)**

**Attachment 5b**

**Model Consent (Spanish)**

Public reporting burden of this collection of information is estimated to average 5 minutes per response, including the time for reviewing instructions, searching existing data sources, gathering and maintaining the data needed, and completing and reviewing the collection of information. An agency may not conduct or sponsor, and a person is not required to respond to a collection of information unless it displays a currently valid OMB control number. Send comments regarding this burden estimate or any other aspect of this collection of information, including suggestions for reducing this burden to CDC/ATSDR Reports Clearance Officer; 1600 Clifton Road NE, MS D-74, Atlanta, Georgia 30333; Attn: OMB-PRA (0920-1402)

## SHIELD Model Consent (SPANISH)

### INTRO.9

#### Language ability:

#### LANGUAG

Gracias por participar en esta encuesta. ¿Prefiere continuar en inglés o en español?

Inglés

Inglés

Español

Español

Skip Pattern to use either Spanish or English version of the survey.  
Skip Pattern to use the Consent form from the corresponding Project area

If INTRO.7= '1' [Florida] then GO to Consent\_FL  
ELSE if INTRO.7 = '2' [Louisiana] then GO to Consent\_LA  
ELSE if INTRO.7 = '3' [Michigan] then GO to Consent\_MI  
ELSE if INTRO.7 = '4' [Houston, TX] then GO to Consent\_HTX

### \*\*\*\*\*Model Consent Form\*\*\*\*\*

#### **Declaración de consentimiento informado [Entrevista Telefónica]**

*[The following statement must be read to all potential participants]:*

Usted fue elegido para tomar parte en esta entrevista debido a las experiencias que tuvo recientemente en relación con la prueba y el diagnóstico de la infección por el VIH. La decisión de participar en esta entrevista es enteramente suya. Puede decidir participar o no participar. No tiene que participar en la entrevista si no lo desea. Si decide participar, puede retirarse de la entrevista en cualquier momento. No hay sanciones si decide no participar o retirarse de la entrevista antes de tiempo. Si usted está en la cárcel, participar en esta entrevista no afectará su libertad condicional o puesta en libertad.

#### **Por qué estamos realizando este proyecto**

El VIH es el virus que causa el SIDA. Su departamento de salud y los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) están realizando este proyecto para saber más sobre las personas que tienen el VIH, como los servicios que usan y necesitan. Tenemos el objetivo de usar esta información para ayudar a mejorar los programas que mantienen sanas a las personas y les brindan la ayuda que necesitan.

#### **Lo que necesitaremos de usted**

Si elige participar en esta encuesta, le haré algunas preguntas personales.

El tiempo que toma responder a estas preguntas es aproximadamente 50 minutos. Usted no tiene que responder ninguna de las preguntas que no quiera responder.

Las preguntas son sobre lo siguiente:

- historial médico
- uso de servicios médicos y sociales
- prácticas sexuales
- consumo de drogas y alcohol
- capacidad para trabajar y cuidarse a sí mismo y a su familia

Enviamos las respuestas a los CDC, pero no les enviamos su nombre. En lugar de eso, le asignaremos un número de código a sus respuestas. No enviaremos a los CDC ninguna información que lo(a) identifique o que pueda rastrearse hasta usted. Sus respuestas son confidenciales. Todos los materiales del proyecto se guardarán en un archivador con llave o en una computadora segura. Una pequeña cantidad de entrevistadores podrían ser observados por supervisores a fin de proveer observaciones al personal del proyecto sobre su trabajo.

### **Lo que puede esperar de nosotros**

#### *Privacidad*

Protegeremos su privacidad. Mantendremos la privacidad y confidencialidad de toda la información que nos dé.

Sus registros serán confidenciales en la medida en que la ley lo permita. Sus respuestas se agruparán con las de otros participantes de manera que nadie sabrá cuáles respuestas fueron las suyas. Enviaremos información sobre este proyecto a los CDC, pero no enviaremos ninguna información que pueda identificarlo. La ley federal protege la confidencialidad de la información que se mantiene en los CDC.

#### *Regalo de agradecimiento*

Recibirá un regalo de agradecimiento con un valor de \$50 por participar en la encuesta. Si decide retirarse de la encuesta antes de tiempo, podrá quedarse con el regalo de agradecimiento.

### **Cosas para tener en cuenta**

- No habrá ningún costo para usted (aparte de su tiempo y esfuerzo) por participar en esta entrevista.
- Si lo desea, podemos darle información sobre cómo evitar transmitir el VIH a otras personas.
- Si lo desea, podemos darle información sobre dónde obtener servicios médicos y sociales.
- No hay ningún beneficio directo por participar en esta entrevista. Sin embargo, la información que nos dé puede ayudarnos a mejorar los servicios disponibles para otras personas que tienen el VIH.
- Es posible que algunas de las preguntas lo(a) hagan sentir incómodo(a) o sean demasiado personales. Recuerde: No tiene que responder ninguna pregunta que no quiera responder.

Si tiene alguna pregunta sobre este proyecto o el regalo de agradecimiento, me la puede hacer a mí y haré lo posible para responderla. Si hay alguna pregunta que yo no pueda responder, puede comunicarse directamente con la persona del departamento de salud con quien habló sobre esta encuesta, usando la información de contacto que le dio. Si ya no tiene esta información de contacto, puede comunicarse con el departamento de salud al

[Programming note: project-area specific information]

(phone number provided by health department)

Si tiene alguna pregunta acerca de sus derechos y de cómo se realiza el proyecto en todo el país, comuníquese con

- (si corresponde) la Junta de Revisión Institucional (IRB, por sus siglas en inglés) del (departamento de salud estatal o local) al (número de teléfono)
- (si corresponde) (contacto de la IRB local) al (número de teléfono)

**Ahora le leeré una declaración de consentimiento y usted puede elegir si da su consentimiento o no lo da:**

***Acepto tomar parte en el proyecto que se describe aquí. Me han leído la declaración, la entiendo y he recibido respuestas a todas mis preguntas o información de contacto para que las respondan otras personas. Entiendo que mi participación es completamente voluntaria.***

### **Declaración de consentimiento informado [Encuesta en línea]**

Usted fue elegido(a) para tomar parte en esta encuesta debido a las experiencias que tuvo recientemente en relación con la prueba y el diagnóstico de la infección por el VIH. La decisión de participar en esta encuesta es enteramente suya. Puede decidir participar o no participar. No tiene que participar en esta encuesta si no lo desea. Si decide participar, puede retirarse de la encuesta en cualquier momento. No hay sanciones si decide no participar o retirarse de la encuesta antes de tiempo. Si usted está en la cárcel, participar en esta encuesta no afectará su libertad condicional o puesta en libertad.

### **Por qué estamos realizando este proyecto**

El VIH es el virus que causa el SIDA. Su departamento de salud y los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) están realizando esta encuesta para saber más sobre las personas que tienen el VIH, como los servicios que usan y necesitan. Tenemos el objetivo de usar esta información para ayudar a mejorar los programas que mantienen sanas a las personas y les brindan la ayuda que necesitan.

### **Lo que necesitaremos de usted**

Si elige participar en esta encuesta, le haremos algunas preguntas personales.

El tiempo que toma responder a estas preguntas es aproximadamente 50 minutos. Usted no tiene que responder ninguna de las preguntas que no quiera responder.

Las preguntas son sobre lo siguiente:

- antecedentes médicos
- uso de servicios médicos y sociales
- prácticas sexuales
- consumo de drogas y alcohol
- capacidad para trabajar y cuidarse a sí mismo y a su familia

Enviamos las respuestas a los CDC, pero no les enviamos su nombre. En lugar de eso, le asignaremos un número de código a sus respuestas. No enviaremos a los CDC ninguna información que lo(a) identifique o que pueda rastrearse hasta usted. Sus respuestas son confidenciales. Todos los materiales del proyecto se guardarán en un archivador con llave o en una computadora segura.

#### Lo que puede esperar de nosotros

##### Privacidad

Protegeremos su privacidad. Mantendremos la privacidad y confidencialidad de toda la información que nos dé.

Sus registros serán confidenciales en la medida en que la ley lo permita. Sus respuestas se agruparán con las de otros participantes de manera que nadie sabrá cuáles respuestas fueron las suyas. Enviaremos información sobre este proyecto a los CDC, pero no enviaremos ninguna información que pueda identificarlo. La ley federal protege la confidencialidad de la información que se mantiene en los CDC.

##### Regalo de agradecimiento

Recibirá un regalo de agradecimiento con un valor de \$50 por completar esta encuesta. Si decide retirarse de la encuesta antes de tiempo, podrá quedarse con el regalo de agradecimiento.

#### Cosas para tener en cuenta

- No habrá ningún costo para usted (aparte de su tiempo y esfuerzo) por participar en esta encuesta.
- Según cómo responda las preguntas, podría recibir información sobre dónde obtener servicios médicos y sociales o cómo evitar transmitir el VIH a otras personas.
- No hay ningún beneficio directo por participar en esta encuesta. Sin embargo, la información que nos dé puede ayudarnos a mejorar los servicios disponibles para otras personas que tienen el VIH.
- Es posible que algunas de las preguntas lo(a) hagan sentir incómodo(a) o sean demasiado personales. Recuerde: No tiene que responder ninguna pregunta que no quiera responder.

Si tiene alguna pregunta sobre este proyecto o el regalo de agradecimiento, puede comunicarse directamente con la persona del departamento de salud con quien habló sobre esta encuesta, usando la información de contacto que le dio. Si ya no tiene esta información de contacto, puede comunicarse con el departamento de salud al

[Programming note: [project-area specific information](#)]

(phone number provided by health department)

Si tiene alguna pregunta acerca de sus derechos y de cómo se realiza el proyecto en todo el país, comuníquese con

- (si corresponde) la Junta de Revisión Institucional (IRB, por sus siglas en inglés) del (departamento de salud estatal o local) al (número de teléfono)
- (si corresponde) (contacto de la IRB local) al (número de teléfono)

**Acepto tomar parte en la encuesta que se describe aquí. He leído la declaración, la entiendo, y he recibido respuestas a todas mis preguntas o información de contacto para que las respondan otras personas. Entiendo que mi participación es completamente voluntaria.**

#### CN1.

##### CONSENT

¿Acepta participar en la encuesta?

No

No

Sí

Sí

##### Skip Pattern

If Respondent does not consent (CN1 = 0['No']), this survey will STOP immediately.

GO TO END.1 to thank participant for their time and offer any referrals. Else, GO to INTRO.NOTE

