

Proyecto de Monitoreo Médico

Declaración de Consentimiento Informado

La siguiente información debe ser leída a todos los posibles participantes:

Usted ha sido seleccionado para participar en este proyecto debido a que usted tiene VIH. Su participación en este proyecto es voluntaria y puede decidir si participar o no participar. Usted no tiene que participar en el proyecto si no desea hacerlo y puede retirarse del proyecto en cualquier momento. No sufrirá repercusiones y no perderá los beneficios a los cuales tiene derecho si decide retirarse del proyecto.

Por qué estamos realizando este proyecto

El Departamento de Servicios de Salud del Estado de Texas (DSHS – siglas en inglés), junto con el Centro Médico de la Universidad de Texas del Suroeste (UTSW-siglas en inglés) y los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC – siglas en inglés), está realizando este proyecto para obtener más información sobre las personas que están infectadas con el VIH y los tipos de servicios que usan y necesitan. Esta información nos ayudará a mejorar los programas para prevenir la infección con el VIH y a mejorar los servicios para quienes ya están infectadas.

Lo que necesitamos de usted

Si usted decide participar en este proyecto, necesitaremos:

- hacerle unas preguntas
- revisar sus archivos médicos

Las preguntas

Contestar las preguntas tomará aproximadamente 1 hora. Recuerde que usted no tiene que responder las preguntas que no quiera.

Le haremos preguntas sobre:

- antecedentes médicos
- uso de servicios sociales y médicos
- prácticas sexuales
- uso de drogas y alcohol
- historia reproductiva (si usted es una mujer)
- capacidad para trabajar y cuidar de sí mismo y de su familia

Si necesitamos más información, es posible que un miembro del personal del proyecto se comunique con usted más adelante.

Sus archivos médicos

Como parte de la vigilancia de salud pública rutinaria, revisaremos sus archivos médicos para obtener información clínica sobre su infección con el VIH. Esta información incluirá enfermedades que ha tenido, medicinas que ha tomado, y atención médica que ha recibido.

Una cantidad pequeña de entrevistas y revisiones de registros médicos serán observadas por supervisores para darle información al personal de MMP acerca de la calidad de su trabajo.

Lo que puede esperar de nosotros

Privacidad

Protegeremos su privacidad. Toda la información que usted nos dé será mantenida privada y confidencial. Mantendremos la confidencialidad de sus registros en la medida en que la ley lo permita. Existen leyes federales y estatales que protegen su confidencialidad. Se cumplirá con estas leyes a lo máximo. Sus respuestas se agruparán con las respuestas de otros participantes de manera que nadie sabrá cuales

respuestas vinieron de usted. Enviaremos la información que obtengamos de este proyecto a los CDC, pero no enviaremos ninguna información que pueda identificarle. Sus respuestas serán identificadas sólo por un código numérico y mantenidas en un archivo cerrado que solamente miembros del personal del proyecto pueden abrir. La ley federal protege la confidencialidad de la información que mantienen los CDC.

Muestra de agradecimiento

Si contesta las preguntas y está de acuerdo en permitirnos revisar su historia clínica, recibirá un certificado de \$75.00 como una muestra de agradecimiento por su participación. Si más adelante decide retirarse del proyecto, puede quedarse con el certificado.

Puntos que debe considerar

- Usted no incurrirá en ningún gasto (aparte de su tiempo y esfuerzo) al participar en este proyecto.
- Si lo desea, podemos darle información sobre cómo prevenir que otra persona sea infectada con el VIH
- Si lo desea, podemos darle información sobre lugares en su área donde puede obtener servicios médicos y sociales.
- Aunque no reciba beneficios directos por su participación en este proyecto, usted nos ayudará a obtener más información para poder mejorar los servicios disponibles para otras personas con el VIH y el SIDA.
- Es posible que algunas de las preguntas le hagan sentir incómodo o sean demasiado personales. Recuerde: usted no tiene que responder a las preguntas que no quiera.

Si tiene preguntas

Si tiene alguna pregunta sobre este proyecto, por favor

- Haga las preguntas a la persona que le hace la entrevista.
- Llame a Jonathon Poe, Investigador Principal, al tel. (512)533-3032, o a Sylvia Odem, Coordinadora del Proyecto, al tel. (512)533-3053.

Si tiene alguna pregunta **sobre sus derechos acerca de este proyecto** por favor comuníquese con:

- **La Junta de Revisión Institucional (*Institutional Review Board*, IRB-siglas en inglés)** del Departamento de Servicios de Salud del Estado de Texas (**DSHS-siglas en inglés**) al tel. **1-888 777-5037**. Se ha determinado por la Junta de Revisión Institucional del Departamento de Servicios de Salud del Estado de Texas que este proyecto es una actividad de salud pública y no un estudio de investigación y por esta razón no se requiere aprobación de la Junta de Revisión Institucional (IRB).
- **Los CDC al tel. 1-404-639-6475**. Por favor deje un breve mensaje incluyendo su nombre y número de teléfono. Diga que está llamando en referencia al Proyecto de Monitoreo Médico. Alguien le devolverá la llamada tan pronto como sea posible.

Declaración de consentimiento del participante

Estoy de acuerdo en participar en el proyecto descrito aquí. He leído la declaración, he entendido la declaración y todas mis preguntas me han sido contestadas. Entiendo que mi participación es completamente voluntaria.

Iniciales o la Firma del Participante

Fecha

Firma del Entrevistador

Fecha