



## Proyecto de monitoreo médico (MMP)

# Declaración de consentimiento informado

Usted fue escogido para participar en este proyecto porque vive con VIH. La participación en este proyecto es su decisión. Usted decide si participa o no. Si decide participar, puede dejar el proyecto en cualquier momento. Su decisión no perjudicará la atención médica o servicios que recibe.

### ¿Por qué estamos realizando este proyecto?

El Departamento de Servicios de Salud del Estado de Texas (DSHS – siglas en inglés), junto con los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC – siglas en inglés), están realizando este proyecto para obtener más información sobre las personas que viven con VIH, como los servicios que usan y necesitan. Esta información ayudará a mejorar los programas para mantener a las personas saludables y brindarles la ayuda que necesitan.



### Lo que necesitaremos de usted

Si usted decide participar en este proyecto, necesitaremos:

- Hacerle unas preguntas
- Revisar sus registros médicos



### Las preguntas

Contestar las preguntas tomará aproximadamente 1 hora. Usted no tiene que contestar las preguntas que no desea contestar.

Le haremos preguntas sobre sus

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

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

### Sus registros médicos

Revisaremos sus registros médicos para obtener información sobre su historia clínica, incluyendo su cuidado médico para el VIH. Esta información incluirá:

- enfermedades que ha tenido
- medicinas que ha tomado
- atención médica que ha recibido

### Muestra de agradecimiento

Usted recibirá un certificado de \$50.00 como una muestra de agradecimiento por su participación si usted contesta las preguntas y nos permite revisar sus registros médicos. Si más adelante decide retirarse del proyecto, puede quedarse con el certificado.



## Lo que puede esperar de nosotros



### Privacidad

Protegemos su privacidad. Enviaremos información del proyecto al CDC, pero no incluimos su nombre o ningún otro dato que lo pueda identificar o que se pueda conectar con usted. Sus respuestas e información de registros médicos se mantendrán confidenciales en la medida en que la ley lo permita. Asignaremos un número a sus respuestas e información de registros médicos. Las respuestas e información de registros médicos de todos los participantes se agruparán de manera que nadie sabrá qué información viene de usted. Todos los materiales del proyecto se guardarán en un archivero con llave o en una computadora segura. La ley federal protege la confidencialidad de la información que mantienen los CDC.

## Cosas para tomar en cuenta



- 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.
- No habrá ningún costo para usted (aparte de su tiempo y esfuerzo) por participar en este proyecto.
- Podemos darle información sobre dónde obtener servicios médicos y sociales.
- Aunque no reciba beneficios directos por participar en este proyecto, usted nos ayudara a obtener información para poder mejorar los servicios disponibles para otras personas que tienen VIH.
- Es posible que algunas de las preguntas lo/la hagan sentir incómodo o sean demasiado personales. Recuerde: Usted no tiene que responder a las preguntas que no quiera.

## Si tiene preguntas

Sobre este proyecto o sobre su certificado de agradecimiento, por favor:

- haga las preguntas a la persona que le hace la entrevista
- llame a Margaret Vaaler (Investigadora Principal) al tel. 512-560-4079, o a Nallely Trejo (Coordinadora del Proyecto) al tel. 512-289-2986.
- **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.**
- **CDC al 1-404-639-6475.**

## Declaración de consentimiento del participante

Acepto participar en el proyecto que se describe aquí. He leído la declaración y la entiendo. El entrevistador respondió a todas mis preguntas. Entiendo que mi participación es completamente mi decisión.

\_\_\_\_\_  
Firma o iniciales del participante

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma de entrevistador

\_\_\_\_\_  
Fecha