



## Proyecto de monitoreo médico (MMP)

# Declaración de consentimiento informado

Usted ha sido seleccionado al azar para tomar parte en este proyecto porque usted vive o ha vivido en California y está viviendo con el VIH. Su participación en este proyecto es voluntaria. Usted puede decidir si participa o no. No tiene que participar en el proyecto si no desea hacerlo. **Si elige ser parte de este proyecto, puede cambiar de opinión y renunciar en cualquier momento. Su elección no afectará la atención o los servicios que reciba.** [Si el participante está en la cárcel actualmente, agregue: Participar en este proyecto no afectará su libertad condicional.]



### Por qué estamos realizando este proyecto

Administrado en California por el Departamento de Salud Pública (CDPH) y el Centro Para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC) están realizando este proyecto para aprender más sobre las experiencias de las personas que viven con el VIH, incluidos los servicios que usan y necesitan. Esta información ayudará a mejorar los programas que mantienen a las personas saludables y les brindan la ayuda que necesitan.



### Lo que necesitaremos de usted

Este proyecto tendrá dos partes. Si usted decide participar en este proyecto:

- **Contestar las preguntas le tomará aproximadamente 1 hora.** A usted se le harán preguntas acerca de su condición de salud médica, de servicios tanto médicos como sociales, prácticas sexuales, consumo de drogas y de alcohol y capacidad para trabajar y cuidarse a sí mismo. **Usted no tiene que responder a las preguntas que no quiera.**
- **También revisaremos sus antecedentes médicos relacionados con su VIH.** Esto incluye medicamentos que esté tomando, visitas a centros médicos y resultados de pruebas de laboratorio.

Si necesitamos más información, es posible que un miembro del personal se comunique con usted más adelante. Los supervisores observarán un pequeño número de entrevistas y revisiones de antecedentes médicos para hacerle comentarios al personal del MMP acerca de su trabajo.



### Lo que puede esperar de nosotros

Protegeremos su privacidad. Mantendremos la privacidad y confidencialidad de toda la información que nos dé. **Para mantener su información privada, no registramos su nombre u otra información personal en la entrevista o revisión de registros médicos. En su lugar, asignaremos un número de código a sus respuestas y a cualquier información de sus registros médicos. Todos los materiales del proyecto se guardarán en un archivo con llave en computadora segura.**

Enviaremos las respuestas y información médica al CDC, pero no enviaremos su nombre o ninguna información que lo identifique a usted. No enviaremos al CDC ninguna información que se pueda rastrear hasta usted. La ley federal protege la confidencialidad de la información que mantienen el CDC.

En cualquier informe, agruparemos sus respuestas con las respuestas de otras personas que participan en este proyecto para que nadie sepa sus respuestas.



## Regalo de agradecimiento

Usted recibirá un certificado de \$50 como regalo de agradecimiento por participar en el proyecto si respondelas preguntas y si nos permite revisar sus antecedentes médicos.



## Cosas para tener en cuenta

- No habrá ningún costo para usted (aparte de su tiempo y esfuerzo) por participar en este proyecto.
- Usted puede recibir una copia de esta forma, si usted la requiere, para sus archivos.
- Si lo desea, podemos darle información sobre dónde obtener servicios médicos y sociales.
- **No hay beneficios directos por participar en este proyecto. Sin embargo, la información que nos dé puede ayudarnos a mejorar los servicios disponibles para otras personas que tienen elVIH en California.**
- **Es posible que algunas de las preguntas lo hagan sentir incómodo o sean demasiadopersonales. Recuerde: Usted no tiene que responder a las preguntas que no quiera.**

## ¿Preguntas?

### ¿Tiene preguntas acerca de este proyecto o de su regalo de agradecimiento?

Si tiene preguntas para el investigador principal local a California MMP por favor contacte:

- Maris Ramos al (916) 449-5905.

Si tiene preguntas para obtener información acerca de sus derechos y de cómo se realiza el proyecto en todo el país, por favor contacte:

- CDC al 1-404-639-6475. Por favor deje un mensaje breve para que sepamos cómo comunicarnos con usted. Diga que está llamando en relación con el Proyecto de monitoreo médico. Alguien le devolverá la llamada lo más pronto posible.

## 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 voluntaria.

\_\_\_\_\_  
MMP PARID

\_\_\_\_\_  
Fecha

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

\_\_\_\_\_  
Fecha