

# Proyecto de monitoreo médico (MMP)

## Declaración de consentimiento informado



### Por qué estamos realizando este proyecto

El departamento de salud en la Florida y los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) están realizando este proyecto para obtener más información sobre las personas que tienen el VIH, incluyendo como necesitan y utilizan los servicios. Esta información ayudará a mejorar los programas que mantienen a las personas saludables y les brindan la ayuda que necesitan.

Usted fue seleccionado para participar en este proyecto porque tiene 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 decide participar, puede retirarse del proyecto en cualquier momento. No habrá sanciones ni pérdida de beneficios si decide no participar o retirarse del proyecto antes de tiempo. *[Si el participante está en la cárcel actualmente, agregue: Participar en este proyecto no afectará su libertad condicional.]*



### Lo que necesitaremos de usted

Si usted decide participar en este proyecto, necesitaremos:

- Hacerle unas preguntas
- Revisar sus antecedentes médicos

### Las preguntas

Contestar las preguntas le tomará aproximadamente 60 minutos. Usted no tiene que responder las preguntas que no quiera.

Le haremos preguntas sobre sus

- antecedentes médicos
- uso de servicios médicos y sociales
- prácticas sexuales
- consumo de drogas y alcohol
- historia reproductiva (si usted es una mujer)
- 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.

Enviaremos las respuestas a los CDC, pero no enviaremos su nombre. En su lugar, asignaremos un número de código a sus respuestas. No enviaremos a los CDC ninguna información que lo identifique a usted. No enviaremos a los CDC ninguna información que se pueda rastrear hasta usted. Sus respuestas son confidenciales. Todos los materiales del proyecto se guardarán en un archivo con llave o en un computador seguro.

Los supervisores observarán un pequeño número de entrevistas para hacerle comentarios al personal del MMP acerca de su trabajo.

### Sus expedientes médicos

También revisaremos sus expedientes médicos para recolectar información sobre su infección por el VIH. Esto incluye medicamentos que esté tomando, visitas a centros médicos y resultados de pruebas de laboratorio. Le repito, no enviaremos a los CDC ninguna información que pueda identificarlo o se pueda rastrear hasta usted. Un número de código vinculará la información de sus expedientes médicos con sus respuestas.



## Lo que puede esperar de nosotros

### Privacidad

Protegeremos su privacidad. Mantendremos la privacidad y confidencialidad de toda la información que nos dé. Sus registros se mantendrán confidenciales en la medida en que la ley lo permita.

Agruparemos sus respuestas con las respuestas de otras personas que participen en este proyecto, de manera que nadie sabrá sus respuestas. Enviaremos a los CDC información de este proyecto, pero no enviaremos ninguna información que pueda identificarlo. La ley federal protege la confidencialidad de la información que mantienen los CDC.

### Regalo de agradecimiento

Usted recibirá \$50 como regalo de agradecimiento por participar en el proyecto si responde las preguntas y si nos permite revisar sus antecedentes médicos. Si más adelante decide retirarse del proyecto, puede conservar el regalo.



### Cosas para tener en cuenta

- No habrá ningún costo para usted (aparte de su tiempo y esfuerzo) por participar en este proyecto.
- Si lo desea, podemos darle información sobre cómo evitar pasarle el VIH a alguien más.
- 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 el VIH.
- Es posible que algunas de las preguntas lo hagan sentir incómodo o sean demasiado personales. Recuerde: Usted no tiene que responder a las preguntas que no quiera.

### ¿Tiene preguntas?

Acerca de este proyecto o de su regalo de agradecimiento, por favor:

- haga las preguntas a la persona que le haga la entrevista
- llame a el investigador principal local Daniel Grischy al 850-245-4357
- llame al Coordinador del proyecto local Gasline Laguerre al 850-245-4728

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

- La Junta de Revisión Institucional (IRB) del Departamento de salud en la Florida al 1-888-433-2775 o 850-245-4585.
- 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.

_____	_____	
Nombre del Participante (impresión)	ParID (Last 4)	
_____	_____	
Firma del Participante	Fecha	
_____	_____	
Signature of Interviewer	Fecha	
_____	_____	_____
Número de la tarjeta de regalo	Firma del Participante de Recibo o número de seguimiento	Fecha