

**FAMILIAS SALUDABLES DE NUEVA YORK/ PROGRAMA DE VISITAS AL HOGAR
FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO**

Cómo parte de un estudio de investigación, estamos ofreciendo servicios a mujeres embarazadas y familias con bebés recién nacidos para proveerle apoyo e información acerca de la crianza de niños. El propósito de este estudio es evaluar si estos servicios han sido efectivos en mejorar el desarrollo y la salud de los niños y a la misma vez el bienestar de los padres. La información recopilada en este estudio nos ayudará a entender como proveer servicios de calidad que satisfagan las necesidades de familias como la suya.

Este estudio se está llevando a cabo por el Centro de Evaluación de Servicios Humanos (Center for Human Services Research) del Colegio de Rockefeller en colaboración con la Oficina de Servicios para Niños y Familias del Estado de Nueva York. Antes de hacerle cualquier pregunta, la Ley Federal para la Protección de Información Confidencial (Federal Personal Privacy Protection Law) requiere que nosotros le informemos cómo vamos a recopilar y utilizar su información.

Nosotros recopilaremos información acerca de su historial personal, sus necesidades, su experiencia y progreso en el Programa de Visitas al Hogar. Parte de esta información será proveída directamente por usted y otra parte por su Visitadora al Hogar. Las preguntas que le haremos puede que sean un poco incómodas, pero hemos encontrado que el conversar sobre estas cosas, generalmente son de beneficio para su salud y la salud de su familia.

Toda la información obtenida por medio a este estudio se mantendrá en estricta confidencia cómo es mandado por las regulaciones de la Oficina de Servicios para Niños y Familias del Estado de Nueva York. Estas regulaciones indican que su información solamente puede ser usada para mejorar la administración del Programa de Visitas al Hogar o por orden judicial. Usted no será identificado personalmente en ningún reporte ó documento. Más bien, la información que usted provea será combinada con la información dada por otros participantes y se reportará solamente como información de grupo. El programa de Visitas al Hogar no compartirá su información con nadie. En casos de que una persona comparta que se quiere hacer daño a sí mismo(a) ó a otra persona, el equipo de investigación tiene la obligación legal de reportar esta información.

La Ley para la Protección de Información Confidencial requiere que le demos a conocer dónde se mantendrá la información que recopilamos y cómo puede usted obtener acceso a dicha información si desea alguna vez verificarla. Si usted desea verificar su información, por favor de escribir a:

Rose Greene
Center for Human Services Research
Rm. 184 Richardson Hall
135 Western Ave.
Albany, New York 12222

Por ley, tenemos que mantener todos los archivos que contenga información que lo identifique en total confidencia. Por lo tanto, oficiales del gobierno federal, patrocinadores del estudio, y/o la Universidad de Albany tienen acceso y pueden examinar dichos archivos con el propósito de proteger sus derechos como participante en este estudio.

Si usted tiene alguna pregunta acerca de sus derechos como participante en este estudio que aún no ha sido contestada por el investigador o si usted desea reportar alguna preocupación acerca del estudio, usted puede comunicarse con la Oficina de Conformidad de Investigación Regulatoria (Office of Regulatory Research Compliance) de la Universidad de Albany, al teléfono (518) 442-9050 o 800-365-9139 o al correo electrónico orrc@uamail.albany.edu.

Les pedimos que participen en el estudio. Esta es su oportunidad para expresar su opinión y para ayudarnos a mejorar los programas que afectan a miles de familias. Gracias por su cooperación.

Consentimiento para el uso de la información

Afirmó que se me ha explicado el estudio. Todas mis preguntas acerca del estudio han sido contestadas. Yo entiendo que mi participación en este estudio es voluntaria y que puedo rehusarme a participar o retirarme del estudio en cualquier momento por cualquier razón, y que esto no afectará la asistencia o lo servicios que recibo.

Firma _____ Fecha _____

Primary Caretaker 1's Identifier															
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Last Name (3 let)			FI	Birth Date (Month/Day/Yr)						Date of Intake (Month/Day/Yr)					

Approved by IRB
Valid Thru:

FEB 11 2012

The University at Albany

07 - 051