



## Proyecto de monitoreo médico (MMP)

# Declaración de consentimiento informado

Usted fue escogido 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.]



## Por qué estamos realizando este proyecto

El departamento de salud de su localidad 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, como los servicios que usan y necesitan. Esta información ayudará a mejorar los programas que mantienen a las personas sanas y les brindan la ayuda que necesitan.



## 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 1 hora. 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
- 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.

### Sus antecedentes médicos

También revisaremos sus antecedentes 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 antecedentes médicos con sus respuestas.

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

## 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 \$\_\_\_\_\_ 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 dinero.



# 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 \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

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

- (Si se aplica) la Junta de Revisión Institucional (IRB) del \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_.
- 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.

_____	_____	¿Consentimiento verbal obtenido?	Sí
Firma del participante	Fecha		NO
_____	_____		
Firma del entrevistador	Fecha		