



EVALUACIÓN DEL PROGRAMA DE TRATAMIENTO PARA PROBLEMAS DE JUEGO

CONSENTIMIENTO INFORMADO Y AUTORIZACIÓN PARA PARTICIPAR

Gracias por ofrecerse para participar en la evaluación del programa de tratamiento para problemas de juego. Su participación es muy importante y valoramos mucho su punto de vista. **El propósito de la evaluación es determinar la eficacia del tratamiento que usted recibe y mejorar la prestación de servicios para futuros clientes.** Toda la información que usted proporcione se mantendrá en estricta confidencialidad de acuerdo con la Ley Federal de Confidencialidad del Código de los Estados Unidos. Los informes sólo incluirán información proveniente de grupos de individuos para que no se puedan identificar los comentarios de los participantes individuales.

Esta iniciativa de mejora de la calidad está a cargo de Herbert & Louis, LLC (el evaluador) quien la realiza por contrato para la División de Salud Mental y Adicciones (*Addictions and Mental Health Division* o AMH) del Departamento de Servicios Humanos de Oregón. La AMH tiene autorización para solicitar la información contenida en los diferentes formularios y cuestionarios a fin de evaluar el programa. La AMH no recibirá ningún dato que se pueda usar para revelar su identidad.

AUTORIZACIÓN DEL CLIENTE

Entiendo que mi decisión de participar en este esfuerzo de mejora de la calidad y de brindar información en los formularios y cuestionarios es estrictamente voluntaria. Puedo dejar sin contestar cualquier pregunta que no quiera contestar y no seré sancionado por no proveer la información solicitada en su totalidad o en parte. Puedo negarme a participar en el estudio en cualquier momento y no sufriré sanción alguna ni se me negarán servicios.

Mi participación en la iniciativa de mejora de la calidad consistirá en llenar una encuesta escrita, que tomará de 5 a 15 minutos, en el momento de la inscripción y otra vez al terminar el programa. Si decido completar todo el programa de tratamiento que se ofrece, seré contactado nuevamente a los 6 y 12 meses de haber dejado el programa, para llenar una encuesta de seguimiento similar, que tomará de 5 a 15 minutos. Si decido no completar todo el programa de tratamiento que se ofrece, me contactarán sólo a los 90 días y a los 6 meses para hacer el seguimiento. Estas encuestas incluirán preguntas sobre mi hogar, empleo, salud física y mental, relaciones sociales, juego y satisfacción con el programa. Entiendo que podrían comunicarse conmigo por teléfono para llenar las encuestas de seguimiento si no me llegara la encuesta por correo. También comprendo que, si cambia mi dirección postal o mi número de teléfono, el programa podría llamar a las personas de contacto que yo nombre para ubicarme. Las personas de contacto que yo proporcione no recibirán ningún tipo de información sobre mi participación en el tratamiento ni en el estudio. Sólo se les dirá que estoy participando en un estudio de mercado y que di sus nombres como contacto sólo para el caso en que no se me pueda ubicar por correo o por teléfono.

Iniciales del cliente, 1ra página: _____

Si el tiempo lo permite, podríamos intentar comunicarnos con usted mientras todavía esté en tratamiento para presentarnos, responder preguntas que usted pueda tener sobre el seguimiento, y verificar la información de contacto que tenemos. Esta llamada sólo tomará unos 5 minutos.

Autorizo a _____ (proveedor de tratamiento) a brindar al Dr. Moore información adicional que se usará para evaluar el programa. Esta información consistirá en datos demográficos y de admisión generales, asistencia al programa de tratamiento e información de alta que incluirá sólo el estado de alta. Esta información, que se reúne de todos los participantes de manera anónima, es solamente general y no incluye ningún tipo de información sobre lo que sucede en mis sesiones de psicoterapias individuales o grupales.

Entiendo que puedo llamar al Dr. Thomas Moore al (503) 685-6100 (correo electrónico: tlmoore@herblou.com) o Mr. Paul D. Potter, MSW, MAC Gerente de Servicios para Problemas de Juego de la AMH, al (503) 945-9709 si tengo alguna pregunta o inquietud. Mi firma a continuación indica que recibí una explicación completa de los propósitos y procedimientos de este estudio y que doy mi consentimiento para participar. Esto, sin embargo, no me obliga a participar. Comprendo que puedo dejar de participar en el seguimiento en cualquier momento informando al Dr. Moore o a su personal.

Nombre _____ Identificación de cliente _____
(En letras de imprenta)

Firma _____ Fecha _____

Testigo _____ Fecha _____

El cliente se abstiene de dar consentimiento

Me leyeron el Consentimiento Informado y Autorización para Participar y decido no participar en el seguimiento de la evaluación. Pida al consejero que escriba la palabra “Denegado” en la línea de firma que se encuentra arriba y firme abajo para asegurar que usted no sea contactado para el seguimiento.

Firma _____ Fecha _____

#####

Se entregó copia al cliente.