



Medical Monitoring Project (MMP)

Statement of Informed Consent

Declaración de Consentimiento Informado - Entrevista por Teléfono



Por qué estamos haciendo este proyecto

El Programa de VIH del Departamento de Salud Pública de Oregon, en conjunto con el Centro de Control de Enfermedades (Siglas en Inglés: CDC), está llevando a cabo este proyecto para aprender más acerca de las personas que están infectadas con VIH, y acerca de los tipos de servicios que usan y necesitan. Lo que aprendamos de este proyecto nos puede ayudar a mejorar los programas y servicios para aquellos que ya tienen VIH, y a prevenir el que otras personas se infecten con VIH.



Lo que necesitamos de usted

Si usted decide participar en este proyecto, nosotros

- Le haremos preguntas
- Revisaremos su archivo médico

Las preguntas que le haremos

El contestar las preguntas tomará más o menos una hora. No tiene que contestar ninguna pregunta que no quiera contestar.

Las preguntas serán acerca de su

- salud
- uso de servicios médicos y sociales
- historial sexual
- uso de drogas y alcohol
- habilidad de trabajar y cuidarse a sí mismo y a su familia
- historial reproductivo (si usted es mujer)

Revisar sus archivos médicos

Revisaremos su archivo médico para recaudar información acerca del cuidado médico que ha recibido para el VIH, exámenes de laboratorio, enfermedades que haya tenido, y medicinas que ha tomado.



Lo que usted puede esperar de nosotros

Privacidad



Protegeremos su privacidad. Sus respuestas y su información médica se mantendrán seguras, privadas, y confidenciales. Las leyes Estatales y Federales protegen la confidencialidad de la información que se retiene en El Departamento de Salud Pública de Oregon y en el Centro de Control de Enfermedades (CDC). Sus datos se mantendrán confidenciales hasta donde la ley lo permita.

Las únicas razones por las cuales el equipo tendría que reportar información es si nos enteramos de que ocurre alguna de las siguientes situaciones:

- Abuso de ancianos.
- Abuso de personas con problemas mentales o con falta de desarrollo mental.
- Abuso infantil, el cual incluye cosas como daño físico u emocional, abuso sexual, descuido, que observe violencia doméstica, y hacer o usar drogas en presencia de un menor. Esto incluye eventos que pueden haber ocurrido hace muchos años atrás. Abuso infantil no incluye el usar drogas o alcohol durante el periodo de embarazo a no ser que esto haya dañado al menor.
- Si usted o alguien más está en peligro, como intenciones de quitarse la vida, o quitarle la vida a alguien más.

Su nombre no estará ligado a sus respuestas ni a la información médica. En lugar de su nombre, se le asignará un número de identificación el cual será usado para marcar todo el material conectado a usted. Solamente los empleados de este proyecto tendrán acceso a sus respuestas y a su información médica.

Usando solamente el número de identificación, le enviaremos algunas de sus respuestas e información médica al CDC, para que ellos puedan entender mejor los servicios y cuidado médico para el VIH a nivel nacional. No estaremos enviando su nombre ni ningún dato que le pueda identificar.

Ningún reporte que se genere en este proyecto llevará su nombre. Además, la información que colectamos acerca de usted será unida a la información de las demás personas, así es que nadie podrá saber cuáles respuestas vienen de parte suya

Recompensa de Agradecimiento

Usted recibirá una tarjeta de \$75 como agradecimiento por contestar las preguntas, y por permitirnos revisar su archivo médico.



Puntos que considerar

- Algunas de las preguntas que le haremos pueden que le hagan sentir incomodo o pueden parecer muy íntimas. Por favor recuerde que no tiene que contestar ninguna pregunta que no quiera contestar.
- Si usted quiere, le podemos dar información acerca de donde obtener servicios médicos y sociales en su área.
- Si usted quiere, le podemos dar información acerca de cómo evitar transmitir el VIH a otra persona.
- Aunque no obtendrá beneficios directos por participar en este proyecto, la información que usted provea nos puede ayudar a mejorar los servicios para personas que están viviendo con VIH y SIDA.

Cosas que recordar

Usted ha sido seleccionado para participar en este proyecto porque usted tiene VIH. La intención de este proyecto es ayudarle al Departamento de Salud Pública a aprender más acerca de las personas que viven con VIH y acerca de los servicios que usan y que necesitan. El formar parte de este proyecto es decisión suya. Si se rehúsa a tomar parte, o decide salirse una vez que haya comenzado a participar, no afectará en absoluto su cuidado médico o cualquier servicio o beneficio que le corresponda recibir.

¿Preguntas?

Acerca de este proyecto, por favor

- Pregúntele a la persona que le haga las preguntas en la entrevista.
- Llame al Doctor Timothy Menza al 971-673-0150; Él es el encargado de este proyecto en el Departamento de Salud Pública de Oregon.
- Llame a la línea directa de este proyecto 1-800-979-4151

Acerca de sus derechos como participante, por favor comuníquese con

- **CDC at 1-404-639-6475.** Por favor deje un mensaje breve con la mejor manera de contactarle. Diga en su mensaje que está llamando acerca del Proyecto de Monitoreo Médico (**MMP- siglas en ingles**). Alguien le regresará la llamada lo más pronto posible.

Declaración de Consentimiento del Participante

Yo estoy de acuerdo en formar parte del proyecto descrito aquí. Me han leído esta declaración, entiendo esta declaración, y todas mis preguntas han sido contestadas. Comprendo que mi participación en este proyecto es completamente voluntaria.

Verbal Consent Given

Name of Participant

Date

Signature of Interviewer

Date