

Junta de Revisión Institucional
del Departamento de Educación de la Ciudad de Nueva York
Formulario de consentimiento de los padres para la participación del participante
en una evaluación del programa de salud sexual adolescente basado en evidencia

1. Título de la evaluación y información general.

Título del estudio: Evaluación de la Iniciativa de Educación para la Salud Sexual de los Adolescentes del Departamento de Salud del Estado de Nueva York

Número de estudio: 3777

JRI de registro: Universidad de Cornell, #ID - 1105002214

Duración de la participación: Los participantes participarán en 2 encuestas, con una duración aproximada de 15 minutos cada una, una al inicio de la programación y otra en la última sesión de programación que puede variar entre 6 y 16 sesiones, dependiendo del Programa Basado en la Evidencia (EBP) que se utilice.

Número total previsto de participantes en la investigación: 5,000-10,000 jóvenes

Patrocinio/Apoyo: HHS

2. Información de contacto de los investigadores.

Investigadora principal: Jane Powers, PhD, Universidad de Cornell

Número de teléfono: 607-255-3993

Dirección de correo electrónico: jlp5@cornell.edu

3. ¿Qué información hay en este formulario?

Le pedimos a su hijo/a que participe en una evaluación.

Este formulario explica por qué estamos haciendo esta evaluación y lo que se le pedirá a su hijo/a que haga si elige que su hijo/a participe en esta evaluación. También describe la forma en que a nosotros (los investigadores) nos gusta usar y compartir información sobre su hijo/a.

Por favor, tómese el tiempo para leer este formulario. Hablaremos con usted y su hijo/a sobre cómo participar en esta evaluación. Usted puede hacernos cualquier pregunta que tenga sobre este formulario y sobre esta evaluación.

Su hijo/a no tiene que participar si usted o ellos no quieren participar.

4. ¿Por qué se está haciendo esta evaluación?

Estamos haciendo esta evaluación para aprender más sobre la efectividad de los programas basados en la evidencia (PBE) de salud sexual de los adolescentes en:

- retrasar el inicio de la actividad sexual;
- disminución de las tasas de embarazo en los adolescentes;
- Y/O cambiar el conocimiento, las actitudes y las acciones de los participantes adolescentes con respecto a los comportamientos sexuales saludables.

5. ¿A quién se incluye?

Se le está pidiendo a su hijo/a que participe en esta evaluación porque está participando en la Programación Basada en la Evidencia que estamos evaluando. Todos los estudiantes de las escuelas que participan en la Programación Basada en la Evidencia que estamos evaluando están incluidos en esta evaluación.

6. ¿Qué se le pedirá a mi hijo/a que haga si elije participar en esta evaluación?

Le pediremos a su hijo/a que complete dos encuestas anónimas. La primera encuesta será el primer día del programa y la segunda encuesta será el último día del programa cuando las lecciones han sido completadas.

Si su hijo/a decide participar en la evaluación, es libre de dejar de participar o negarse a responder cualquier pregunta en cualquier momento sin consecuencias. Además, usted o su hijo/a pueden negarse a participar en las encuestas, pero aún así, puede participar en el programa. Su decisión sobre si su hijo/a puede participar o no, no afectará su relación actual o futura con la Universidad de Cornell o con otras organizaciones involucradas en el proyecto.

7. ¿Hay algún riesgo?

No creemos que los riesgos asociados a la participación en esta evaluación sean mayores en sí mismos que los que normalmente se encuentran en la vida diaria o durante la realización de exámenes físicos o psicológicos de rutina o pruebas. Algunas de las preguntas son delicadas, pero su hijo/a puede omitir preguntas si algo lo/a hace sentir incómod/a. También siempre pueden hablar con el líder de su programa si tienen preguntas o inquietudes.

8. ¿Hay algún beneficio?

Su hijo/a puede o no recibir un beneficio directo de participar en esta evaluación. Los posibles beneficios de participar en esta evaluación incluyen: la oportunidad de reflexionar sobre cómo el programa ha impactado las actitudes y acciones personales sobre cómo tomar decisiones saludable y reducción de conductas riesgosas. También ayuda a los evaluadores a comprender qué tan efectivo es o no es este programa.

9. ¿Qué pasa con mi privacidad?

Los registros de este proyecto se mantendrán privados. Solo los investigadores de la Universidad de Cornell responsables del proyecto podrán ver los registros. Se le pedirá a su hijo/a que **NO** registre su nombre en las encuestas. No se recopilará información de identificación personal, por lo que no hay forma de vincular a un estudiante individual con sus respuestas a la encuesta. Los informes que podamos publicar sobre este proyecto no contendrán información que haga posible la identificación de su hijo. También informaremos a su hijo de su confidencialidad.

Puede cambiar de opinión y revocar (recuperar) este consentimiento en cualquier momento y por cualquier motivo. Para revocar este consentimiento, debe comunicarse con la investigadora principal, Jane Powers, por correo electrónico a jlp5@cornell.edu o llamando al 607-255-3993.

Si revoca su consentimiento, a su hijo no se le permitirá continuar participando en esta evaluación. Incluso si revoca este consentimiento, los Investigadores pueden continuar usando y divulgando la información que ya han recopilado.

Hay algunos miembros del personal de investigación que participan en esta evaluación que son reporteros obligatorios, lo que significa que están obligados a informar sobre sospechas de abuso o maltrato infantil cuando son presentado con información que indica que puede estar ocurriendo abuso o maltrato. Esta evaluación no hace preguntas específicamente sobre estos temas.

10. ¿Me pagarán o me darán algo por participar en esta evaluación?

Su hijo/a no recibirá ningún pago u otra recompensa por participar en esta evaluación.

11. ¿Incurriré algún costo si participo en esta evaluación?

No habrá ningún costo para su hijo/a por participar en esta evaluación.

12. ¿Cuáles son mis derechos si participo en esta evaluación?

Participar en esta evaluación es su elección. Puede decidir **NO** a participar o dejar de participar en la evaluación en cualquier momento. Si decide **NO** participar, no habrá penalización para usted.

La participación o no participación de su hijo/a en esta evaluación no afectará de ninguna manera sus calificaciones, posición académica o cualquier otro estado.

13. ¿A quién puedo llamar si tengo preguntas?

Puede llamar a Jane Powers al número de teléfono 607-255-3993 o enviar un correo electrónico a jlp5@cornell.edu si tiene alguna pregunta o inquietud sobre esta evaluación.

Si tiene alguna pregunta sobre los derechos de su hijo/a como participante, o si tiene alguna inquietud sobre esta evaluación, puede comunicarse con las Juntas de Revisión Institucional que se enumeran a continuación.

Junta de Revisión Institucional
Departamento de Educación de la
Ciudad de Nueva York
52 Chambers Street, Sala 310
Nueva York, NY 10007
Teléfono: (212) 374-3913
MAzar@schools.nyc.gov

Junta de Revisión Institucional
(JRI) Universidad de Cornell
Correo electrónico: irbhp@cornell.edu
Teléfono: 607-255-5138
Sitio web: <http://www.irb.cornell.edu>

Para denuncias anónimas:
Ethicspoint* Sitio web:
www.ethicspoint.com

Teléfono: 1-866-293-3077
*Ethicspoint es una organización independiente que sirve como enlace entre la Universidad de Cornell y la

persona que presenta la queja
para que se pueda garantizar el
anonimato.

14. OPORTUNIDAD DE OPTAR POR NO PARTICIPAR

Si acepta dar permiso para que su hijo/a complete estas encuestas, no necesita hacer nada más. Tenga en cuenta que su hijo/a aún puede negarse a participar en el momento en que se entregan las encuestas.

Si NO da permiso para que su hijo/a complete estas encuestas, firme y fecha este formulario y haga que su hijo/a se lo devuelva a su maestro. Se le dará una copia de este formulario para guardar para sus registros.

NO Doy Permiso:

Al completar lo siguiente, usted está indicando que NO le da permiso a su hijo/a para participar las encuestas. Por favor, haga que su hijo traiga este formulario completado a la escuela.

He leído la información anterior y he recibido respuestas a cualquier pregunta que haya hecho.

Por favor, firme a continuación:

NO doy mi consentimiento, y por lo tanto me niego, a que mi hijo/a complete las encuestas.

Su Firma

Fecha

Su Nombre Impreso

Imprimir el nombre del participante de la investigación (infantil/joven)

Por favor, guarde la segunda copia de este formulario para sus registros.

Nombre impreso de la persona que obtiene este formulario: _____

Este formulario de consentimiento será conservado por el investigador durante al menos tres años después del final del estudio.