

CENTRO PARA LA ADHERENCIA
EVALUACIÓN DE RESPALDO (CASE)
La Academia de Medicina de Nueva York
Inserción - Declaración Confidencial

La Evaluación de Respaldo del Centro para la Adherencia (CASE) está conduciendo una evaluación en once programas a través del país para aprender cuál es la mejor manera de ayudar a las personas que viven con el VIH a tomar sus medicamentos como se los recetaron. Le hemos pedido que participe en este estudio porque usted se inscribió en un programa de apoyo para la adherencia a los medicamentos en [NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN]. Este estudio de evaluación nacionales aparte del estudio en el cual usted está participando en [NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN].

Le hemos pedido que participe en este estudio porque usted está inscrito en un programa de apoyo para la adherencia a los medicamentos en [NOMBRE DE LA AGENCIA] y estuvo de acuerdo de participar en el estudio que se está conduciendo aquí. Usted puede elegir no participar en esta evaluación o en la que está tomando lugar en [NOMBRE DE LA AGENCIA] y continuar recibiendo el cuidado que necesita. Aunque usted no recibirá beneficios directos al participar, la información que usted ofrecerá será usada para identificar sus necesidades y las necesidades de otras personas que viven con el VIH en [NOMBRE DE LA AGENCIA] y a través del país. Su privacidad estará protegida ya que su nombre y otros datos que lo pudieran identificar no serán anotados en el formulario de la entrevista, y cualquier información coleccionada durante este estudio se mantendrá en un archivo con llave y estará a disposición del personal de la investigación solamente. La información coleccionada durante el estudio será transmitida sin su nombre u otros datos que lo pudieran identificar a la Evaluación de Respaldo del Centro para la Adherencia (CASE) de la Academia de Medicina de Nueva York. Si por alguna razón o en algún momento usted se inquieta debido a las preguntas que le están haciendo, usted puede pedir ser referido a uno de los empleados de [NOMBRE DE LA AGENCIA]. Si usted tiene alguna pregunta sobre la evaluación nacional, usted puede llamar a la Dra. Ruth Finkelstein, Investigadora Principal, a la Academia de Medicina de Nueva York al (212) 822-7237. Si usted tiene alguna pregunta sobre sus derechos como participante en la investigación, usted puede llamar al Dr. Alan Fleischman, presidente, Junta de Revisión Institucional, en la Academia de Medicina de Nueva York, al (212) 822-7219.

Negarse o Retirar la Participación

Yo estoy de acuerdo de participar en este estudio. Yo entiendo que mi participación es completamente voluntaria. Yo puedo decidir no participar en este estudio, y me puedo negar a responder cualquier pregunta en particular o retirar mi consentimiento en cualquier momento. Yo entiendo que cualquier cosa que diga durante las entrevistas es confidencial.

Consentimiento para Participar en el Estudio

Con esto, yo estoy de acuerdo de participar en el Estudio de Evaluación de Respaldo del Centro para la Adherencia de la Academia de Medicina de Nueva York. Yo he recibido una copia de este formulario de consentimiento para guardar.

Participante

Fecha

Yo he presenciado que la declaración de consentimiento mencionada le ha sido explicada adecuadamente y apropiadamente al sujeto.

Persona que obtuvo el consentimiento

Fecha