



University of Illinois at Chicago

**Consentimiento para divulgar información acerca de los resultados de su examen de sangre del dedo**

“Chicago Southeast Diabetes Community Action Coalition”

**¿Por qué se me ha invitado?**

Se le ha invitado a participar en un estudio de investigación acerca de la diabetes conducido por Aida Giachello, PhD, Directora del Midwest Latino Health Research, Training, and Policy Center de la Universidad de Illinois en Chicago, y Margaret Davis, R.N., M.S. del Healthcare Consortium de Illinois, y por (*nombre de la organización que está obteniendo la información*)

Se le ha invitado a participar en esta investigación porque ha expresado su interés en la educación sobre diabetes. Le pedimos que lea esta forma de consentimiento y que haga cualquier pregunta que pueda tener antes de aceptar su participación en el estudio de investigación.

Su participación en esta investigación es voluntaria. Su decisión de participar o no participar no afectará sus relaciones presentes o futuras con la Universidad, el Healthcare Consortium de Illinois o (*nombre de la organización que está obteniendo la información*). Si usted decide participar, está en libertad de retirarse de estudio en cualquier momento sin afectar dicha relación.

**¿Por qué está siendo conducida esta investigación?**

El Chicago Southeast Community Action Coalition (CSDCAC) es un proyecto en prueba para diseñar, implementar y evaluar la efectividad de un modelo de servicio basado en la comunidad para la prevención y el manejo de la diabetes. En la Fase I del estudio se documentaron las desigualdades de salud en comunidades Latinas y Afro-Americanas, y esto dio paso al desarrollo de la coalición y a un plan de acción para la Fase II del estudio. Esta es la Fase II, y en esta etapa de la investigación el enfoque será en evaluar la efectividad de la coalición, en reducir la frecuencia y severidad de diabetes en los miembros de la comunidad, por medio del ofrecimiento de servicios no médicos, el incremento en el acceso a servicios de educación en diabetes, y al mejoramiento de la calidad de la educación de diabetes, a través de la colaboración y educación de los proveedores de salud. Para desarrollar una mejor educación de diabetes, necesitamos información de parte de usted. Este programa está siendo conducido con el propósito del estudio de investigación.

**¿Cuál es el propósito de esta investigación?**

El propósito de esta investigación es desarrollar y expandir servicios y métodos educacionales para mejorar el control de diabetes, y para evaluar cómo pueden ser implementados en diferentes comunidades y centros de cuidado de la salud.

**¿Qué procedimientos están incluidos?**

Si usted acepta participar en esta investigación, le pediremos que haga las siguientes cosas: Participar en una entrevista en persona, con una duración de 30 minutos, y aceptar el compartir los resultados del examen de sangre del dedo e información de contacto. Durante la entrevista, se le harán una serie de preguntas acerca de sus datos personales (edad, sexo, educación, ingreso), ejercicio y dieta, control de peso, hábitos de fumar, plan de tratamiento actual, cómo se siente acerca de la diabetes en general, cuánto sabe acerca de diabetes y cómo controlarla, apoyo que usted recibe de su familia o/ amigos, y qué está haciendo para cuidar su salud. Usted **puede negarse a responder** cualquier pregunta. Además, le pediremos que comparta los resultados del examen de glucosa obtenida de la muestra de sangre tomada de su dedo. La información de contacto incluye: su nombre completo, dirección, código postal, fecha de nacimiento y número de teléfono. Recuerde que usted puede negarse a responder cualquier pregunta.

Esta entrevista y la información de los resultados del examen de sangre del dedo son una parte de nuestra investigación. Usted puede ser invitado a participar en nuestras clases de educación de diabetes, si es que expresa interés en aprender más acerca de diabetes y el manejo de diabetes. No tiene que tener diabetes para participar. Aproximadamente 400 participantes podrán estar envueltos en esta investigación en la Universidad de Illinois en Chicago.

**¿Cuáles son los posibles riesgos y molestias?**

No hay riesgos en responder las preguntas o en proveer su información personal. Tampoco hay riesgos en proveer información acerca de los resultados del *examen de sangre del dedo*. Usted puede negarse a responder cualquier pregunta.

**¿Existe algún beneficio por participar en este estudio de investigación?**

## Brief Intake & Finger Stick Information Release Consent

Los beneficios primordiales de participar en la investigación incluyen la identificación temprana de diabetes o posible riesgo de desarrollar diabetes. No hay otros beneficios por responder las preguntas. La información que usted ofrezca ayudará a futuras investigaciones en el área de diabetes.

### **¿Se me comunicará de nueva información que pueda afectar mi decisión de participar?**

Durante el transcurso del estudio, se le informará acerca de cualquier descubrimiento nuevo significativo (ya sean buenos o malos), así como de cambios en los riesgos o beneficios que sean resultados de la participación en la investigación o nuevas alternativas que puedan hacerle cambiar de opinión acerca de continuar en el estudio. Si le proveemos con nueva información, se obtendrá una vez más su consentimiento para participar en el estudio.

### **¿Qué medidas de privacidad y confidencialidad se tomarán?**

Las únicas personas que sabrán que usted es parte de la investigación son los miembros del equipo de investigación. Ninguna información acerca de usted, o compartida por usted durante la investigación, será revelada a otros sin su permiso escrito, excepto:

- si es necesario para proteger sus derechos o su bienestar (por ejemplo: si usted se lastima y necesita cuidado de emergencia o cuando el UIC Institutional Review Board observa el proceso de investigación o de consentimiento); o
- si es requerido por ley.

Esta investigación también podrá ser compartida con la agencia patrocinadora en un informe de progreso. La información será reportada de una manera breve pero sin ofrecer alguna información que revele su identidad.

Cuando los resultados de la investigación sean publicados o discutidos en conferencias, ninguna información que revele su identidad será incluida. Cualquier información que sea obtenida en conjunto con este estudio y que pueda ser identificada con usted se mantendrá confidencial y sólo será revelada con su permiso o si es requerido por ley.

Todos los datos mantenidos durante este proyecto de evaluación se mantendrán en archivos protegidos. Todo el personal de investigación que sea revisada excepto con el equipo de información e investigadores. Estas entrevistas serán mantenidas durante la duración del proyecto y destruidas cinco años después de que el proyecto sea terminado de acuerdo a la ley de Illinois.

**¿Cuál es el costo para participar en esta investigación?** Ninguno

**¿Recibiré un reembolso por alguno de mis gastos o se me pagará por mi participación en esta investigación?** No

### **¿Me puedo retirar o ser retirado del estudio?**

Usted puede escoger entre estar en este estudio o no. Si usted se ofrece como voluntario en este estudio, se puede retirar en cualquier momento sin consecuencia alguna. También, puede negarse a contestar cualquier pregunta que no quiera responder, y aún mantenerse en el estudio. El (la) investigador (a) lo puede retirar de esta investigación por alguna circunstancia que lo requiera.

### **¿Con quién me puedo comunicar si tengo preguntas?**

Las investigadoras conduciendo este estudio son Aida Giachello, PhD y Margaret Davis, R.N., MS. Usted puede hacer cualquier pregunta que tenga ahora. Si tiene preguntas después, usted puede comunicarse con las investigadoras a: **UIC Midwest Latino Health Research Center 312-413-1952**

Aida Giachello, PhD – Investigadora Principal o Lee M. Losey, M.A., M.P.H., - Evaluador del Proyecto

**Healthcare Consortium of Illinois 708-841-9515**

Margaret Davis, R.N., M.S. -Co-Investigadora Prinicpal

### **¿Cuáles son mis derechos como participante?**

Si usted tiene alguna pregunta acerca de sus derechos como participante, puede llamar a Office for Protection of Research Subjects al teléfono 312-996-1711.

**Recuerde:** Su participación en esta investigación es voluntaria. Al participar en esta investigación usted será un sujeto como parte de la investigación. Su decisión de participar o no participar no afectará sus relaciones presentes o futuras con la Universidad, Healthcare Consortium de Illinois o con \_\_\_\_\_ (*nombre de la organización que está obteniendo la información*). Si usted decide participar, está en libertad de retirarse del estudio en cualquier momento sin afectar dicha relación. Se le dará una copia de esta forma de consentimiento y formulario para su información y para sus archivos.

# Brief Intake & Finger Stick Information Release Consent

## **Firma del Participante o de Representante Legalmente Autorizado**

He leído (o alguien me ha leído) la información previa. Se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas y mis preguntas han sido contestadas satisfactoriamente. Acepto participar en esta investigación. Se me ha dado una copia de este formulario.

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre con letra de imprenta

\_\_\_\_\_  
Firma de Investigador(a)

\_\_\_\_\_  
Fecha (debe ser la misma que la del participante)

## **POR FAVOR LLENE USANDO LETRA DE IMPRENTA**

<b>Nombre:</b>		<b>Fecha de Nacimiento:</b> M____D____Y_____ (ej. 01/01/1901)	
<b>Dirección:</b>		<b>Código Postal</b>  __ __ __ __ __	
<b>Teléfono (    )</b>		<b>RESULTADOS:</b> _____en ayunas/ Post-prandial	
<b>¿Podemos comunicarnos con usted?</b> <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no		<b>Recomendaciones:</b> <input type="checkbox"/> Cuidado Primordial <input type="checkbox"/> Reexaminación <input type="checkbox"/> Educación de Reducción de Riesgo	