

**Jóvenes (18 años o más) – Hoja de Información Consentimiento Informado**  
**Estudio de la Juventud Boricua – Wave 4 Entrevista Telefónica**

**Propósito y Resumen del Proyecto:** El Recinto de Ciencias Médicas de la Universidad de Puerto Rico está realizando un estudio con participantes del Estudio de la Juventud Boricua. El Estudio de la Juventud Boricua se llevó a cabo durante los años 2000 al 2004. Este estudio produjo información importante sobre la salud emocional y el comportamiento de los/las niños/as puertorriqueños/as que viven en Puerto Rico y el sur del Bronx en Nueva York. Creemos que al volver a contactar a los/as jóvenes y sus familias vamos a poder comprender aspectos importantes de la vida de los/as jóvenes puertorriqueños/as (es decir: experiencias culturales, salud sexual y mental, uso de sustancias, etc.)

**Voluntario:** Su participación en este estudio de investigación es voluntaria. Si usted decide no participar, o si más adelante decide dejar de participar, usted no perderá ningún beneficio al que tiene derecho. Si usted está completando el cuestionario o entrevista y usted desea pararla, puede hacerlo en cualquier momento. Usted no tiene que responder a cualquier pregunta que no quiera contestar. Cuando usted sea contactado para las entrevistas de seguimiento, como en el pasado, usted puede rehusarse a participar si desea hacerlo.

**Procedimiento:** Nos gustaría realizarle una entrevista a usted y uno de sus padres. También le solicitaremos su permiso para contactarle otra vez en el futuro. Después de repasar este formulario con usted, le solicitaremos su consentimiento para participar de la entrevista y que continúe siendo parte de nuestro estudio, Usted nos indicará si está de acuerdo y grabaremos su consentimiento.

Usted podrá ser entrevistado en inglés o español, según su preferencia. Esta entrevista pudiera durar entre 2.5 y 3 horas. Le haremos preguntas acerca de su salud emocional y comportamiento, así como otras circunstancias relacionadas (es decir: su estatus escolar o de empleo actual, estatus civil, experiencias con problemas con la ley, uso de sustancias, salud sexual, experiencias culturales, etc.)

Nos gustaría grabar la entrevista para asegurarnos que se realizaron todas las preguntas. Se le preguntará si está de acuerdo con que se grabe el audio de la entrevista antes de comenzar la misma.

**Riesgos e Inconvenientes:** Vamos a preguntarle acerca de asuntos personales. Es posible que usted pueda sentirse cansado, molesto o ansioso. Si esto sucede, usted puede optar por no contestar alguna o todas las preguntas.

**Beneficios:** La participación en este estudio de investigación puede no tener un beneficio directo para usted. Sin embargo, nosotros esperamos que este estudio pueda contribuir al entendimiento de los factores personales, familiares, comunitarios y sociales que contribuyen y protegen a los jóvenes puertorriqueños/as contra conductas de alto riesgo. Nosotros creemos que el leve riesgo de participar en este estudio es razonable dado los beneficios que se puedan obtener del conocimiento que se genere.

**Confidencialidad:** Todas las entrevistas así como el audio serán almacenados para asegurar la confidencialidad. Su nombre y otra información personal identificadora serán almacenados en una base de datos electrónica asegurada. Tus registros también podrán ser revisados por personal de la investigación y de las agencias reguladoras Federales, Estatales e Institucionales (quienes podrían revisar los registros como parte de sus auditorías rutinarias).

Para ayudarnos a proteger su privacidad, tenemos un Certificado de Confidencialidad de los Institutos Nacionales de Salud que se extenderá para cubrir esta nueva entrevista y los procedimientos. Con este Certificado, los investigadores no pueden ser obligados a revelar información que pueda identificarlo a usted, aún por una orden judicial, emitida por cualquier foro federal, estatal, local, civil, criminal, administrativo, legislativo, o cualquier otro procedimiento. Los investigadores utilizarán este Certificado para negarse a cualquier demanda de información que le identifique, excepto en situaciones expuestas al final de esta sección. El Certificado no puede ser utilizado para negarse a peticiones de información por parte de personal del Gobierno de los Estados Unidos con el propósito de auditar o evaluar programas auspiciados con fondos Federales o para información que debe ser revelada de manera que se pueda confirmar que cumple con los requisitos de la oficina federal de la Administración de Drogas y Alimentos (FDA). Deben tener en cuenta que un Certificado de Confidencialidad no impide que usted u otro miembro de su familia revelen voluntariamente información sobre usted o su participación en este estudio de investigación. En cuyo caso que una compañía aseguradora, patrono u otra persona interesada obtenga su consentimiento escrito para recibir información sobre la investigación, entonces los

investigadores podrían no hacer uso del Certificado para retener información.

El Certificado de Confidencialidad no impide que los investigadores revelen, de manera voluntaria, sin su consentimiento, información que le pudiese identificar como participante en este proyecto de investigación bajo las siguientes circunstancias: sospecha o certeza de negligencia en contra de un(a) niño(a); sospecha o certeza de abuso sexual y/o físico en contra de un niño(a); sospecha o certeza de amenaza de cometer actos de violencia en contra de sí mismo(a) u otros. Dicha información será reportada al padre, madre o encargado(a) y a las autoridades correspondientes.

De igual forma, si durante la entrevista, notamos que usted se pone muy angustiado o mal, podemos contactar la doctora del equipo encargada para situaciones del estudio (Dra. Gloria González) para proveerte asistencia.

**Incentivo:** Usted recibirá un giro postal por correo regular por la cantidad de \$100.00 en agradecimiento por el tiempo que ha de tomarse para hablar con nosotros.

**Preguntas:** El/La entrevistador(a) contestará de la mejor manera que le sea posible todas las preguntas que usted pueda tener sobre el estudio de investigación, ahora o en el futuro. De tener preguntas adicionales acerca de este proyecto de investigación o acerca de la entrevista, pueden comunicarse con la Dra. Glorisa Canino al 787-754-8624.

De tener preguntas acerca de sus derechos como participante de un estudio de investigación; querer brindar retroalimentación o tener alguna queja, puede comunicarse con la Oficina para la Protección de Participantes Humanos en Investigación (IRB, por sus siglas en inglés, es un comité que protege los derechos de los sujetos humanos en los estudios de investigación). Puede comunicarse al 787-758-2525 ext. 2510 ó 2515 durante horas laborales.

**Documentación de Asentimiento:**

El/La participante acepta participar voluntariamente en el estudio de investigación previamente descrito.

ID de Participante: \_\_\_\_\_

Participante acepta \_\_\_\_\_ que la entrevista sea grabada.

Participante no acepta \_\_\_\_\_ que la entrevista sea grabada.

He discutido con este participante detalles del estudio de investigación tales como los riesgos, beneficios y alternativas de participación (incluyendo la alternativa a no participar en este estudio de investigación). El participante ha tenido la oportunidad de hacer preguntas, y en mi opinión, posee la capacidad de asentir libremente a participar en este estudio de investigación.

Persona Designada para obtener el asentimiento

Nombre: \_\_\_\_\_  
(Letra de molde)

Firma: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_