***This form should be an exact translation of the approved English consent form.***

**Notice:** Instructions for filling out the consent form are written in **BLUE**. **DELETE all of the instructions before submitting your informed consent**. Delete this notice. **Do not delete the IRB stamp statement. *For research taking place at UMC, please include the subject research ID# at the top of the first page of the consent form and signature page of the HIPAA authorization.***

*[For research personnel use only]* Subject Research ID#: \_\_\_\_\_\_\_\_\_

***Esta forma de consentimiento paternal es inválida sin el sello de aprobación de TTUHSC El Paso IRB en la esquina izquierda más baja de cada página.***

**FORMA DE CONSENTIMIENTO PATERNAL PARA LA PARTICIPACION DEL NIÑO**

**EN UN ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN**

Esta forma contiene información importante sobre la participación en un estudio de investigación. Si es un padre o tutor legal de un niño que puede tomar parte en este estudio, el permiso de uno o ambos padres se requiere. El consentimiento (acuerdo) de su niño también puede ser necesario. Si tiene más de un niño que tomará parte en este estudio esta forma de consentimiento los cubrirá también, sin embargo, se necesita una autorización de HIPAA separada por cada niño.

Este estudio de investigación es opcional y la participación es totalmente voluntaria. Por favor lea esta forma cuidadosamente. Usted y su niño tienen el derecho a tomar su tiempo en la toma de decisiones sobre la participación del niño en esta investigación. Usted y su niño pueden discutir la decisión con la familia, amigos y/o el médico de su hijo. Si usted o su hijo tiene alguna pregunta acerca de la investigación o cualquier parte de esta forma, por favor pregúntenos. Si usted decide que su niño puede participar en esta investigación, se le pedirá firmar esta forma.

**TÍTULO DEL ESTUDIO:**

**INVESTIGADOR(es):**

**NÚMEROS TELEFÓNICOS DE CONTACTO:**

(Puede ponerse en contacto con el investigador(es) en el número(s) indicado(s) arriba (Choose one of the following: en cualquier momento o durante las horas normales de negocio) si se produjera alguna de las condiciones mencionadas en la pregunta #5 de este formulario de consentimiento, o si se produjera alguna complicación inesperada.)

**INSTITUCIÓN:** Texas Tech University Health Sciences Center El Paso

**INFORMACIÓN CLAVE**

1. **¿Qué se le pide a mi hijo/a que haga?**

Le pedimos a su hijo/a que participe en un estudio de investigación sobre [insert general description of the study].

Esta información clave se le proporciona para ayudarle a decidir si su hijo/a debe participar o no. Se le proporcionará información adicional en la sección ‘**Información Detallada**' del documento.

1. **¿Tiene que participar mi hijo/a en este estudio?**

La participación de su hijo/a en este estudio es decisión propia. Usted puede cambiar de opinión en cualquier momento. Cualquier elección que usted y su hijo/a hagan, no perderá el acceso a la atención médica de su hijo/a, ni renunciará a ningún derecho o beneficio legal.

Este documento contiene información importante para ayudarle a tomar su decisión. Tome tiempo para leerlo. Hable con su médico, familia o amigos acerca de los riesgos y beneficios de participar en el estudio. Es importante que tenga toda la información que usted necesite y que todas sus preguntas sean contestadas.

1. **¿De qué se trata este estudio? ¿Cuánto tiempo durara?**

Este estudio se lleva a cabo para responder a la siguiente pregunta: [provide brief description].

Provide a very BRIEF description of what the study involves.

1. **¿Cuáles son las razones principales por las que podría elegir que mi hijo/a tome parte en este estudio?**

Briefly state the most important reason(s) [potential benefit(s)] a parent may want their child to volunteer to be in this study. Para una descripción completa de los beneficios, consulte la sección ‘**Información Detallada**' de esta forma de consentimiento.

1. **¿Cuáles son las razones principales por las que podría elegir que mi hijo/a no tome parte en este estudio?**

Briefly state the most important reason(s) [risk(s)] why a parent may not want their child to volunteer to be in this study. Para una descripción completa de los riesgos, consulte la sección ‘**Información Detallada**' de esta forma de consentimiento.

Puede haber algunos riesgos que los médicos del estudio aun no conocen.

If alternative treatments/procedures are key to the participant’s choice, discuss those that might be advantageous to the subject or indicate if no known alternative exists. Para una descripción completa de tratamientos/procedimientos alternativos, consulte la sección ‘**Información Detallada**' de esta forma de consentimiento.

1. **¿Y si tengo preguntas?**

Si tiene preguntas generales sobre este estudio, contacte al investigador, NAME,al número de teléfono xxx-xxx-xxxx.

Si desea hablar con alguien que no esté asociado con el estudio sobre los derechos de su hijo/a como participante, lesiones relacionadas con la investigación, o sobre cualquier otro asunto relacionado con el estudio, puede llamar a la línea de EthicsPoint (Punto de ética) de TTUHSC: **1-866-294-9352.**

O puede presentar un informe en EthicsPoint por internet: <https://secure.ethicspoint.com/domain/media/en/gui/44534/index.html>. Por favor elija la opción de regulación "Regulatory Compliance" al hacer un informe en línea.

**Es importante que entienda la información contenida en el consentimiento informado antes de tomar su decisión.** Por favor lea, o pida a alguien que le lea el resto de este documento. Si hay algo que no entienda, asegúrese de preguntarle a su médico del estudio o enfermera.

**Make a page break here – this ends the key information**

**INFORMACION DETALLADA**

1. **¿Cuál es el propósito de este estudio?**
2. **¿Qué ocurrirá durante este estudio?**
3. **¿Qué se hará que pueda ser diferente de la atención médica habitual de mi hijo/a?**
4. **¿Existe algún beneficio para mí hijo/a si participa en este estudio?**
5. **¿Cuáles son los riesgos o molestias que pueda experimentar mi hijo/a si participa en este estudio?**
6. **¿Habrá riesgos adicionales a mi hijo/a en este estudio por ser hombre/mujer?**
7. **¿Qué otras alternativas tiene mi hijo/a si no participa en este estudio de investigación?**
8. **¿Qué ocurre con la confidencialidad y la privacidad de los registros de mi hijo/a?**

Mantendremos la participación de su hijo/a en este estudio de investigación confidencial hasta donde lo permite la ley. Además del personal que realiza este estudio, es posible que otros puedan enterarse de la participación de su hijo/a en el estudio. Esto podría incluir a las agencias reguladoras federales como la Administración de Alimentos y Drogas (FDA) y la Oficina de Protección de Investigaciones Humanas (OHRP), representantes de Texas Tech University Health Sciences Center El Paso (TTUHSC El Paso), representantes de cualquier hospital o sitio donde la investigación se realiza, y la Junta de Inspección Institucional de TTUHSC El Paso (Institutional Review Board o IRB, que es un comité que inspecciona y aprueba proyectos de investigación). Estas personas podrían examinar y copiar registros relacionados a la participación de su hijo/a en esta investigación. Una copia de este documento puede ser colocado en el expediente médico de su hijo/a.

(Delete ths paragraph if not included in the English version) El patrocinador de este estudio, NAME OF SPONSOR, también podría examinar los informes del estudio, pero el patrocinador no es permitido retirar o copiar información que podría identificar a su hijo/a por su nombre, con una excepción.  Si su hijo/a recibe beneficios de Medicare, se requiere por ley que el patrocinador, NAME OF SPONSOR reporte los pagos hechos a usted por tratamiento, complicaciones y lesiones que resulten de este estudio. Información que su hijo/a está tomando parte en el estudio, tratamientos médicos recibidos, reclamaciones de Medicare y otra información personal acerca de su hijo/a como su nombre, número de seguro social y fecha de nacimiento, se proporcionará a los centros de Medicare y servicios de Medicaid y sus agentes o contratistas para este propósito.

Los resultados del estudio que se utilicen en publicaciones o ponencias, no utilizarán el nombre de su hijo/a.

1. **¿Quién financia este estudio?**

Choose the correct response below and then delete the other.

(For investigator-initiated studies) NAME OF DEPARTMENT proporciona el espacio y los suministros necesarios para este estudio. Ningún miembro del personal de investigación recibirá algo de valor de otra agencia, organización o compañía por llevar a cabo esta investigación.

**OR**

(for sponsored studies) NAME OF AGENCY/ORG/SPONSOR financia este estudio de investigación. Esto significa que TTUHSC El Paso recibe compensación de NAME OF SPONSOR para apoyar las actividades necesarias para llevar a cabo el estudio. Ningún miembro del personal de investigación recibirá algo de valor de Name of Sponsorpor llevar a cabo este estudio.

1. **¿Me costará algo a mi o mi hijo/a por participar en este estudio de investigación?**

Los procedimientos que se consideran estándar de cuidado son responsabilidad de usted y/o su proveedor de seguros.

Usted y/o su proveedor de seguro no tendrán que pagar por exámenes, pruebas y procedimientos realizados sólo con fines de investigación o que están cubiertos por el estudio. Estos incluyen: xx (List procedures covered by the study.)

Hable con su proveedor de seguros y el personal del estudio para asegurarse de que usted entiende lo que su seguro pagara y lo que no pagara si su hijo/a toma parte en este estudio. También, averigüe si necesita aprobación de su plan antes de que su hijo/a pueda participar en el estudio.

Pregúntele al médico del estudio o enfermera para ayuda en encontrar a la persona adecuada para hablar si no está seguro de que costos se facturarán a usted o a su proveedor de seguros.

1. **¿Recibirá algo mi hijo/a por participar en este estudio de investigación?**

(Here is where you can discuss payment. The following two paragraphs need to be included for all studies with compensation of more than $25):

El pago por la participación en esta investigación se considera ingreso sujeto a impuestos federales.  A fin de recibir el pago por esta investigación, necesitaremos recolectar el nombre, dirección, y número de seguro social de su hijo/a. Si usted no es capaz de proporcionar esta información, 30% de la cantidad que se paga por este estudio de investigación será automáticamente deducido y enviado al Servicio de Impuestos Internos (IRS).

Si su hijo/a recibe pagos que totalizan más de $600.00 en un año calendario, Texas Tech University Health Sciences Center El Paso es requerido de enviar esta información al Servicio de Impuestos Internos (IRS).  Se enviará un formulario de ingresos diversos (1099) a usted y una copia será enviada al IRS.

(If payment is $25 or less and there is a possibility of enrolling non-resident aliens, please include the following paragraph):

Si su hijo/a no es residente de los Estados Unidos, pago por la participación en esta investigación se considera ingreso sujeto a impuestos federales y el 30% de la cantidad que se paga por este estudio de investigación será automáticamente deducido y enviado al Servicio de Impuestos Internos (IRS). A fin de recibir el pago para esta investigación, necesitamos recolectar el nombre y dirección de su hijo/a.

1. **¿Alguien entre el personal de investigación tiene algún interés económico personal en este estudio?**

Choose the correct response below and then delete the other.

Nadie en el personal de investigación tiene un interés financiero en este estudio.

**OR**

NAME OF INVESTIGATOR/STAFFtiene NATURE OF FINANCIAL INTEREST (e.g., paid consultant, owns stock in, etc.) en NAME OF COMPANY. El interés financiero de NAME OF INVESTIGATOR/STAFF en esta compañía ha sido examinado por el Comité de Conflicto de Intereses en Investigación de TTUHSC El Paso para asegurar de que la investigación se llevará a cabo de manera objetiva.

1. **¿Qué ocurrirá si mi hijo/a resulta perjudicado por participar en este estudio?**

(Do not delete-This must remain as the first paragraph.)

Texas Tech University Health Sciences Center El Paso (y UMC or EPCH) no ofrece compensación económica o cobertura del tratamiento médico de las lesiones o enfermedades relacionadas con la investigación. No hay fondos destinados para compensarle o reembolsarle en caso de que se produzcan dichas lesiones o enfermedades, a menos que así se especifique.

Choose the correct response below then delete the other.

The following two paragraphs are required for greater than minimal risk, industry-sponsored clinical trials:

Si su hijo/a contrae una enfermedad o lesión relacionada con la investigación, STUDY SPONSOR ofrecerá compensación por los análisis extraordinarios no previstos, tratamiento y hospitalización, a menos que dichos gastos sean debidos a: (i) que el investigador principal y TTUHSC El Paso no se hayan adherido estrictamente a los términos del protocolo; (ii) la negligencia o mala conducta en el ejercicio de su profesión por parte de TTUHSC El Paso o sus empleados o agentes; o (iii) una condición médica previa de su enfermedad subyacente.  Usted y/o su compañía de seguro médico u hospitalario no será responsable del pago del tratamiento.

Si cree que su hijo/a tiene una lesión o enfermedad relacionada con la investigación, debe notificar al médico de estudio y buscar atención medica como lo haría normalmente. Si a usted o a su compañía de seguro médico se les cobra por el tratamiento de una enfermedad o lesión que está decidida a ser relacionada con este estudio de investigación, TTUHSC El Paso y su médico de estudio trabajarán con STUDY SPONSOR para reembolsar a usted o su compañía de seguro por el costo de esa atención.

**OR**

This paragraph may be used for investigator-initiated or minimal risk studies.

Si su hijo/a contrae una enfermedad o lesión relacionada con la investigación, se le proporcionará a él/ella la atención médica habitual, pero usted y/o su compañía de seguro médico u hospitalario será responsable del pago del tratamiento. Antes de entrar en este estudio, debería averiguar si su compañía de seguro pudiera imponer límites en su cobertura a cabo de que su hijo/a participe en un estudio de investigación.

1. **¿Puede dejar el estudio mi hijo/a?**

Sí, su hijo/a puede decidir dejar de tomar parte en el estudio en cualquier momento. Si él o ella deja el estudio, no podemos eliminar ninguna información que hemos recopilado hasta ese punto.

Si decide parar, infórmele al médico de estudio tan pronto como sea posible. Es importante que su hijo/a pare de forma segura. (\*Adapt and insert as applicable\*). Si deja el estudio, puede decidir a seguir informando al médico del estudio acerca de cómo sigue su hijo/a de salud.

Su médico del estudio le informara acerca de nueva información o cambios en el estudio que pudieran afectar la salud de su hijo/a o su disposición a continuar en el estudio.

1. **¿Podría alguien interrumpir la participación de mi hijo/a en el estudio?**

En algunas circunstancias, los investigadores, TTUHSC El Paso, o el patrocinador del estudio podrían decidir interrumpir la participación de su hijo/a en este estudio de investigación antes de lo previsto. Esto podría ocurrir debido a:

• La salud de su hijo/a ha cambiado y el estudio ya no está en el mejor interés de él/ella.

• Nueva información esté disponible y el estudio ya no está en la mejor interés de él/ella.

• Su hijo/a no ha seguido las reglas del estudio.

• El estudio es detenido por la Junta de Inspección Institucional de TTUHSC El Paso (Institutional Review Board o IRB, aun Comité que revisa y aprueba la investigación), la Administración de Alimentos y Drogas (FDA), o el patrocinador del estudio (\*insert sponsor name in parentheses).

1. **¿Qué pasará con la [name specific biospecimens here – blood, tissue, sample, etc.] de mi hijo/a cuando termine el estudio de investigación?**

This question **MUST** be answered **ONLY** if you are collecting any biospecimens.

En este estudio, recogeremos algunas de las [describe the biospecimens to be collected] de su hijo/a. Cuando el estudio termine, nos aseguraremos que esta muestra [biospecimen] no pueda ser identificada como perteneciente a su hijo/a.

(Choose one response):

Vamos a disponer adecuadamente de la [biospecimen] des-identificado y no será utilizado en futuros estudios.

OR

Mantendremos este [biospecimen] para utilizarla en nuestras investigaciones futuras, o en investigaciones realizadas por nuestros colegas. Si la [biospecimen] de su hijo/a no identificable se utiliza en estudios futuros, no le pediremos su consentimiento de nuevo antes de usarlo. Usted no sabrá cuando o si esas muestras se utilizaron para la investigación, y nadie podrá decirle los resultados de la investigación que utilizó las muestras.

The following statements must also be included if appropriate. You may delete either or both:

1. Es posible que estas muestras se utilicen en investigaciones que puedan beneficiar al investigador u otros. Si la muestra se utiliza de esa manera, usted y su hijo/a no compartirán en las ganancias potenciales.
2. La investigación futura podría incluir "secuenciación del genoma entero." Estudios de secuenciación del genoma completo analizan las diferencias genéticas entre individuos que se pueden encontrar en el genoma humano (el conjunto completo de todos los genes humanos) para averiguar si existe una relación entre ciertos rasgos (como la presión arterial o el peso) y la presencia o ausencia de una enfermedad/condición.

(The following language is required if you are conducting a clinical trial of a drug or device that is regulated by the FDA. If this is not an applicable clinical trial, you may delete the following paragraph.)

Una descripción de este ensayo clínico estará disponible en [www.ClinicalTrials.gov](file://\\elpresefs02\marvizo$\IRB%20Docs\AppData\Local\Microsoft\Windows\Temporary%20Internet%20Files\Content.Outlook\AppData\Local\Microsoft\Windows\Temporary%20Internet%20Files\AppData\Local\Microsoft\Windows\Temporary%20Internet%20Files\Content.Outlook\AppData\Local\Microsoft\Windows\Temporary%20Internet%20Files\Content.Outlook\AppData\Local\Microsoft\Windows\Temporary%20Internet%20Files\Content.Outlook\O2W0HN0G\''http:\www.clinicaltrials.gov\''), como lo requiere la ley de los Estados Unidos. Este sitio Web no incluirá información que le pueda identificar. A lo más, el sitio Web incluirá un resumen de los resultados. Usted puede buscar en este sitio Web en cualquier momento.

**Contacto para Futuras Investigaciones (OPTIONAL)**

Estoy de acuerdo que el médico de estudio o alguien en el equipo de estudio, puede comunicarse conmigo para preguntar si me gustaría que mi hijo/a participe en otras investigaciones en el futuro.

SI NO

Escriba sus iniciales en el cuadro de arriba

**Su firma indica que:**

* **le han explicado este estudio de investigación;**
* **le han dado la oportunidad de hacer preguntas y ha recibido respuestas;**
* **usted acepta su responsabilidad de seguir las instrucciones dadas a usted por el equipo de investigación con respecto a la participación de su hijo/a y, si fuera aplicable, a la medicación;**
* **usted da permiso que su hijo/a participe en este estudio.**

**Se le entregará una copia firmada and fechada de este documento.**

Nombre del niño/niños (letra de molde) Edad del niño/niños

Nombre del (primer) padre/madre/tutor/ Relación al niño/niños

representante autorizado (letra de molde)

AM/PM

Firma del (primer) padre/madre/tutor/ Fecha Hora

representante autorizado

Nombre del (segundo) padre/madre/tutor/ Relación al niño/niños

representante autorizado (letra de molde)

AM/PM

Firma del (segundo) padre/madre/tutor/ Fecha Hora

representante autorizado

Si la firma del padre segundo no se obtiene, indique porque seleccionando uno de los siguientes:

El IRB determino que permiso de uno de los padres es suficiente

El segundo padre falleció

El segundo padre es desconocido

El segundo padre es incompetente

El segundo padre no está razonablemente disponible

Solo uno de los padres tiene la responsabilidad legal para el cuidado y la custodia del niño

He hablado acerca de este estudio de investigación con el niño y su padre/madre/tutor/ representante autorizado, utilizando un lenguaje comprensible y apropiado. Creo que he informado totalmente al niño y su padre/madre/tutor/representante autorizado sobre los posibles riesgos y beneficios, y creo que han comprendido esta explicación. Le he entregado una copia de este formulario al padre/madre/tutor/representante autorizado.

Nombre del personal de investigación autorizado

que llevo a cabo la discusión del consentimiento

informado (letra de molde)

AM/PM

Firma del personal de investigación autorizado Fecha Hora

que llevo a cabo la discusión del consentimiento

informado

**Make a page break here – this ends the consent document. The HIPAA form is the next document.**

**INVESTIGATORS: THIS IS THE TTUHSC EP HIPAA AUTHORIZATION FORM.** If your study is not using Protected Health Information and does not need HIPAA Authorization, you can delete these pages.

**Please note:** If you have more than one child who will take part in this study, a separate HIPAA authorization must be signed for each child.

Also, note that TTUHSC EP HIPAA policies **prohibit** investigators from making **ANY CHANGES** to this document without prior written approval from the HIPAA Privacy Officer. Approval will need to be attached to the submission.

**Centro de Ciencias de la Salud de la Universidad Texas Tech El Paso (TTUHSC EP)**

**AUTORIZACIÓN PARA EL USO Y/O DIVULGACIÓN DE LA INFORMACION**

**MÉDICA PROTEGIDA DE SU HIJO/A para ESTUDIO DE INVESTIGACION**

**TÍTULO DEL ESTUDIO:**

El propósito de este formulario es informarle sobre del uso y/o divulgación (el compartir) de la información médica protegida (PHI por sus siglas en inglés) si usted decide que participe su hijo/a en el estudio de investigación descrito en las páginas anteriores. La información médica que puede ser usada o divulgada se describe abajo y esta información usualmente se encuentra en el expediente médico. Sólo la información médica necesaria para este estudio de investigación será usada o divulgada. Cuando usted considere que participe su hijo/a en este estudio de investigación, también se le está pidiendo su autorización para que los doctores, clínicas y hospitales divulguen la información médica protegida (PHI) de él/ella al personal aprobado para este estudio de investigación. Esta autorización se relaciona específicamente al estudio de investigación descrito en el documento adjunto Consentimiento Paternal.

1. Esta autorización es válida indefinidamente o hasta la fecha cuando legalmente se pueda destruir esta Autorización.
2. Si usted decide cancelar esta Autorización, por favor notifíquenos por escrito a:

**TTUHSC-EP Privacy Officer**

**Office of Institutional Compliance**

**5001 El Paso Drive**

**El Paso, TX 79905**

Si usted firma esta Autorización, las siguientes personas, grupos, u organizaciones pueden basarse en ésta autorización para divulgar la Información médica protegida (PHI) de su hijo/a al investigador principal o a cualquier otro miembro del personal de investigación que esté trabajando en este estudio:

* a los médicos tratantes de su hijo/a, proveedores de salud y su personal,
* instituciones de servicios de salud y hospitales asociados donde su hijo/a ha recibido o pueda recibir atención médica.

Durante el desarrollo de este estudio de investigación, el Investigador Principal o el personal de investigación, le informarán sí se le permitirá o no, ver la información de salud relacionada a la investigación que se crea sobre su hijo/a o que el personal de la investigación recompile antes de que se termine el estudio. Después que termine el estudio usted puede solicitar esta información según se permite en el Aviso de Normas de Privacidad de TTUHSC EP.  
  
La información médica protegida de su hijo/a que usted autoriza para uso o divulgarse para los propósitos de la investigación puede incluir información médica, ya sea presente o futura, obtenida en parte o en total del expediente médico, incluyendo:

|  |  |
| --- | --- |
| * resultados y datos de hospitales * historial de admisión y examen físico * resultados de radiografías; reportes de intervenciones quirúrgicas * reportes de laboratorio, tratamiento y resultados de análisis (incluyendo enfermedades transmitidas sexualmente, VIH y SIDA) * cualquier otra información médica protegida que necesite el personal del estudio de investigación notados arriba.   (\*use otro formulario para divulgar apuntes de psicoterapia) | * vacunas * reporte de alergias * recetas * consultas * notas médicas de la clínica * expediente de su salud mental * expediente sobre el abuso de alcohol u otras substancias |

Para los propósitos de este estudio, la información médica protegida (PHI) puede ser revisada o divulgada a otras personas u organizaciones, dentro y/o afuera de TTUHSC EP que patrocinan, aprueban, asisten con, monitorean o supervisan el proceso de estudios de investigación. Esto incluye, pero no está limitado a, la Junta de Inspección Institucional de TTUHSC EP, revisiones de la Oficina de Regulación (compliance) de TTUHSC EP, la Administración de Drogas y Alimentos de los Estados Unidos (FDA), o agencias gubernamentales en otros países. Algunas de estas organizaciones o individuos podrían compartir la información médica de su hijo/a más adelante, y puede ser que esta información médica ya no sea protegida por las mismas normas de privacidad que TTUHSC EP está obligada a cumplir.

Si usted decide firmar esta forma de autorización, usted puede cambiar de opinión después. Si usted cambia de opinión, mande una carta a la persona que se identificó arriba, informándonos que ya no se recopile o comparta la información médica protegida de su hijo/a. Cuando recibamos su solicitud, se le podría pedir que su hijo/a deje de participar en el estudio de investigación si toda la información necesaria no ha sido obtenida. Podríamos aún usar la información sobre su hijo/a que ya haya sido recolectada. Necesitamos saber qué pasa con todas las personas que empiezan un estudio de investigación, no solo las que permanecen y completan el estudio.  
**Usted tiene derecho a negarse a firmar este formulario. Si usted decide no firmar**

**este formulario, esto no afectará los servicios médicos regulares que se le proveen a su hijo/a. Sin embargo, si usted no firma este formulario, su hijo/a no podrá participar en este estudio de investigación ni recibir los servicios médicos provistos por este estudio.**

Tuve la oportunidad de repasar y hacer preguntas relacionadas con esta autorización para uso y divulgación de la información médica protegida de mi hijo/a y recibiré una copia de esta autorización. Si firmo esta autorización estoy confirmando que deseo que mi hijo/a tome parte en este estudio.

Nombre del niño (letra de molde) Edad del niño

Nombre del padre/madre/tutor/representante Relación al niño

autorizado (letra de molde)

Firma del padre/madre/tutor/representante Fecha

autorizado