

¡Bienvenidos a Comienzo Saludable!



Tener un bebé por primera vez trae grandes cambios en la vida. Cada persona cuando tiene un bebé tiene muchas preguntas y puede que necesite mucho apoyo. Por eso existe el programa Comienzo Saludable. Solamente el hecho de tener un bebé por primera vez, la hace elegible para el programa. Todos nuestros servicios son voluntarios y gratuitos.



Su participación comienza cuando usted firma este formulario de Consentimiento y llena el Cuestionario del nuevo bebé. Puede ser que las preguntas le parezcan un poco personales, pero sus respuestas son confidenciales y nos ayudará a estar seguros que usted reciba el apoyo necesario para su bebé.



- Estoy de acuerdo en participar con el programa Comienzo Saludable y su programa de evaluación que incluye participantes de varios lugares del estado de Oregón, incluso llenando el cuestionario acerca del nuevo bebé.
- Estoy de acuerdo en participar con el programa Comienzo Saludable incluso llenando el cuestionario acerca del nuevo bebé, pero declino participar en el programa de evaluación que incluye participantes de varios lugares del estado de Oregón.
- No estoy interesado (a) en el programa Comienzo Saludable y declino completar el cuestionario acerca del nuevo bebé. ¿Podría explicarnos por qué no está interesado(a) en participar en este programa?

Su firma (la del padre, madre o guardián del niño)

Fecha de hoy

IMPORTANTE: Firmar con las iniciales aquí señala que usted ha recibido una copia de Anuncio de Prácticas de Privacidad (HIPAA) del programa Healthy Start (que le ha dado esta revisión de antecedentes).

_____ Sus iniciales (las del padre, madre o guardián del niño)

1. Su nombre completo:

2. Su fecha de nacimiento:

3. Dirección actual _____

4. Ciudad y código postal _____

5. Teléfono (____) _____

6. Nombre completo del esposo/pareja (si es aplicable): _____

7. Fecha del parto, si está embarazada

Si él bebé ya ha nacido:

8. Nombre completo del bebé:

9. Fecha de nacimiento de bebé:

10. Sexo del bebé: Masculino

Femenino

Gracias por completar este formulario!

Información importante acerca de participar en el programa Comienzo Saludable (Healthy Start)

Sobre el Programa Comienzo Saludable

Comienzo Saludable es un servicio voluntario para los padres de niños recién nacidos. Si usted consiente en participar en este programa y firma este formulario de consentimiento, esto significa que **usted está de acuerdo de:**

- Ser contactado(a) por teléfono o en persona por un miembro del Programa Comienzo Saludable para aprender acerca de los servicios que quizás estén disponibles para usted.
- Ser evaluado(a) para que podamos determinar si es que puede calificar para los servicios de Comienzo Saludable. Una evaluación incluirá que responda a algunas preguntas sobre usted y su familia en un formulario que llamamos: "Nuevo cuestionario del bebé." La evaluación también requerirá que usted hable con un miembro del equipo de Comienzo Saludable acerca de las responsabilidades que representan para usted el hecho de ser padre o madre por primera vez.

Si usted firma este formulario de consentimiento, esto no significa que usted tiene que completar las evaluaciones del programa. Las evaluaciones son voluntarias. El hecho de que usted participe no significa que lo tenga que hacer siempre. Si usted desea dejar de participar en el programa, usted puede hacerlo en el momento que usted lo desee y no tiene que responder a las preguntas que usted no quiera contestar.

Sobre la Evaluación de Comienzo Saludable

El programa Comienzo Saludable realiza esta evaluación para saber cómo el programa puede beneficiar a las familias. Esta evaluación sirve para mejorar los servicios que ofrecemos. Todas las familias que reciban estos servicios de Comienzo Saludable están invitadas a participar en esta evaluación. No obstante, usted puede recibir los servicios aunque usted no participe en esta evaluación.

Participar en la evaluación incluye:

- Autorizar que el programa comparta la información sobre usted y su familia con los examinadores de la evaluación del programa para poder estar seguros si este programa realmente está sirviendo de ayuda a las familias, así como también poder mejorar los servicios. Los reportes de las evaluaciones no contienen los nombres y apellidos de las personas que participen en ellas. La información será un resumen de un grupo de personas sin nombres específicos y esta información será la única que será disponible para el público.
- Autorizar que El Departamento de Educación y Servicios Humanos de Oregon comparta su información y la información de su familia (sobre la salud, educación, empleo y el bienestar de niños) con los examinadores del programa Comienzo Saludable para que este programa pueda ser efectivo para las personas que participan.

Si usted está de acuerdo en ser parte de esta evaluación, por favor recuerde que (1) usted puede dejar de participar en cualquier momento (2) usted no necesita ser parte de la evaluación para que usted reciba los servicios (3) usted no tiene que contestar preguntas que no desee responder.

Confidencialidad

Toda la información que usted da al programa Comienzo Saludable, o sea a los examinadores del programa, **será confidencial**, de la siguiente manera:

- Solamente los examinadores y los contratistas de Comienzo Saludable tendrán acceso a la información escrita y electrónica que se mantendrá en archivos bloqueados o protegidos por contraseñas.
- Se eliminará cualquier tipo de información que lo(a) identifique a usted (como nombres) de las datos de la evaluación.
- El personal que trabaja con la información está bien preparado ética y profesionalmente de tal manera que se mantiene toda la información de forma confidencial.

La única manera que su información podría ser conocida sería cuando hay una sospecha de negligencia o abuso de niños. En este caso los trabajadores del programa Comienzo Saludable están obligados de reportar esta información al Departamento de Servicios Humanos, Bienestar del Niño (Oregon Department of Human Services Child Welfare Division).

Beneficios

Por participar en el programa, es posible que usted podría recibir algunas ventajas, por ejemplo, el aprender acerca de servicios y recursos que son disponibles en su comunidad para padres primerizos. Es posible que usted no se beneficiaría directamente si usted participa en la evaluación, pero puede ayudar al programa al usar esta información para mejorar los servicios.

HIPAA

Si usted firma el formulario de consentimiento HIPAA, eso indica que:

- Alguien le ha explicado y ha recibido una copia de la declaración de entendimiento del programa en cuanto al Acta federal de Transferibilidad y Verificación de los seguros médicos (HIPAA).
- Se le ha contestado cualquier pregunta que usted tenía sobre el programa o su evaluación.
- Si usted consiente en participar, usted autoriza que los examinadores de Comienzo Saludable tengan acceso a su información para evaluar el programa.
- Usted entiende que su consentimiento se expira cuatro años después de que termina el estudio y a la vez se destruirá toda su información.

¿Tiene preguntas?

Si usted tiene cualquier pregunta sobre la evaluación, por favor, llame a NPC Research, (503) 243-2435, x300. Si usted tiene algunas preguntas sobre el programa Comienzo Saludable al nivel estatal, por favor, llame a Karen Van Tassell, (503) 373-1570. Si usted tiene algunos asuntos sobre su participación con el programa para este estudio, por favor, llame al Human Subjects Research Review Committee; Portland State University; Office of Research and Sponsored Projects; 111 Cramer Hall; Portland, OR; 503-725-4288.