

Declaración del Consentimiento Informado para el Cuestionario de Promoción de Salud

Objetivo del Proyecto

El Departamento de Salud del Condado de Multnomah está haciendo un cuestionario a clientes para aprender más sobre sus necesidades de promoción de salud. Este proyecto está financiado por la Asociación Nacional de los Funcionarios de Salud de las Ciudades y los Condados (NACCHO) y es un proyecto conjunto entre el Departamento de Salud y varios grupos de base de la comunidad.

¿Qué se le va a preguntar?

Si usted decide participar en este proyecto, se le pedirá que complete un cuestionario. El cuestionario es completamente voluntario. Usted puede saltar cualquier pregunta que no desee contestar.

Sus servicios con el Departamento de Salud no se verán afectados de ninguna manera si usted decide no participar.

¿Quién tendrá acceso a esta información?

Como una agencia local de salud pública, estamos obligados por ley a proteger su información. No daremos su identidad, su información de contacto, o ningún tipo de información sobre usted a nadie fuera del Departamento de Salud.

Sólo los trabajadores del Departamento de Salud que trabajan en este proyecto verán este cuestionario. Su doctor u otros trabajadores de la clínica no verán su cuestionario. No pondremos ninguna de sus respuestas junto con su nombre.

¿Cuáles son los riesgos?

Algunas de las preguntas pueden parecer muy personales y usted se puede sentir incómodo compartiendo esta información con nosotros. Si usted lo desea puede dejar de contestar cualquier pregunta.

¿Cuáles son los beneficios?

Al contestar las preguntas del cuestionario, usted ayudará al Departamento de Salud a mejorar sus servicios y las actividades de promoción de salud.

¿Y si tiene preguntas?

Si usted tiene cualquier pregunta sobre este proyecto o sobre el cuestionario, por favor, pregunte a la persona que está trabajando con usted o puede llamar a Noelle Wiggins. Ella es la manager del Centro de Capacitación del Departamento de Salud del Condado de Multnomah. Su número de teléfono es 503-988-6250, extensión 26646.

Consentimiento Informado

Su firma abajo indica que:

- usted ha leído y entiende la información de este consentimiento o se le ha leído en voz alta y se le ha explicado;
- usted está de acuerdo en participar en este proyecto;
- sabe que puede dejar de contestar cualquier pregunta si así lo desea: y
- usted ha recibido una copia de este consentimiento para que pueda guardarla.

Firma

Fecha

Por favor, su nombre con letras de imprenta: _____