

**EVALUACIÓN DE LA REFORMA DE SERVICIOS RESIDENCIALMENTE BASADOS  
DE CALIFORNIA**

**FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO PARA PADRES/GUARDIANES**

**PATROCINADO Y REALIZADO POR CASEY FAMILY PROGRAMS Y WALTER R.  
MCDONALD & ASSOCIATES, INC. EN COLABORACIÓN CON EL  
DEPARTAMENTO DE SERVICIOS SOCIALES Y LA ALIANZA DE SERVICIOS  
PARA NIÑOS Y FAMILIAS DE CALIFORNIA**

**Investigadores Principales:**

**PETER J. PECORA (206) 270-4936**

**FRED MOLITOR (916) 239-4020**

**PROPÓSITO, PARTICIPACIÓN, Y PROCEDIMIENTOS**

Se le pide su participación en un estudio para evaluar los servicios residencialmente basados, o “RBS”. Este estudio investigará si los servicios reducen el tiempo que niños viven en el cuidado de crianza temporal, y si los niños y sus padres o guardián están satisfechos con los servicios.

RBS fue autorizado por el Legislador de California en 2007 para cambiar el sistema de los hogares de guarda para niños y jóvenes. El propósito de RBS es ayudar a niños conectarse con sus hogares, escuelas, y comunidades. RBS intentara lograr este objetivo ofreciendo servicios terapéuticos, educativos, conductistas, y sociales para los niños. También buscara a involucrarlos y sus familias en tratamientos y otras decisiones. Ha sido seleccionado(a) para participar en el estudio por personal del condado que han determinado que su niño(a) beneficiará de los servicios RBS, y usted y su niño(a) concordaron en participar en los servicios.

Dos organizaciones- Casey Family Programs y Walter R. McDonald & Associates, Inc.- conducirán la evaluación del proyecto. La evaluación se llevara a cabo del 1 de mayo del 2010 hasta el 30 de abril del 2012 en Contra Costa, Los Ángeles, Sacramento, San Bernardino, y San Francisco. Le pediremos a aproximadamente 178 familias cada año por dos años para ayudarnos con la evaluación.

RBS incluye pidiéndole a cada niño o joven, su padre o madre o guardián, llenar una encuesta cada seis meses. Si acepta participar en la evaluación, permite que las encuestas que usted y su niño(a) llenaran sean enviadas a los evaluadores del proyecto. Todos los nombres serán quitados de las encuestas antes de ser mandadas a los evaluadores.

Específicamente, si decide participar en la evaluación, le pediremos su consentimiento para mandar la siguiente información sobre usted y su niño(a) a los evaluadores:

August 24, 2010

1. Información sobre su niño(a), como su fecha de nacimiento y servicios recibidos, y también información escrita por los trabajadores del proveedor de servicios cuando realicen evaluaciones progresivas sobre su niño(a).
2. Las respuestas de su niño(a) que dará cuando complete las encuestas cada seis meses.
3. Las respuestas que usted dará en encuestas similares a las que su niño(a) llenara, completadas cada seis meses.

## **RIESGOS**

No existe ningún riesgo físico, psicológico, social, o económico para usted o su niño(a) en participar en el estudio.

## **CONFIDENCIALIDAD**

Se hará todo posible para mantener su información y la de su niño(a) privada. Hay un riesgo mínimo en que alguna persona fuera del grupo que normalmente tiene acceso a información sobre las familias involucradas en el cuidado de niños en hogares de guarda, que podrían aprender que usted o su niño(a) participan en el estudio de RBS. Sin embargo, varios procedimientos han sido desarrollados para reducir la oportunidad de este acontecimiento. Esto incluye que el personal del condado quite cualquier nombre de todas las encuestas y evaluaciones progresivas antes de enviarlas al estado. Otra persona del estado verificará cada encuesta y evaluación progresiva no lleve nombre u otra información personal cuando sea entregada a los evaluadores.

## **BENEFICIOS**

No hay beneficios para usted o su niño(a) por participar en el estudio. Solo la satisfacción en saber que la información que nos da ayudará a mejorar los servicios.

## **PROCEDIMIENTOS ALTERNATIVOS**

Si decide negarse a participar en el estudio, usted y su niño(a) todavía completaran las encuestas cada seis meses, pero sus respuestas no serán reportadas para el estudio.

## **COMPENSACIÓN**

No recibirá compensación monetaria u otra compensación por participar en el estudio.

## **TRATAMIENTO PARA HERIDAS**

Tomando parte en el estudio no le colocara ni su niño(a) en riesgo de herida. Casey Family Programs y Walter R. McDonald & Associates, Inc. no pagará por ninguna herida.

## **CONFLICTO DE INTERESES POTENCIAL Y FINANCIACIÓN**

Las personas que realizaran esta evaluación no tienen conflictos de interés.

## **PREGUNTAS**

El personal que explico los servicios RBS también pueden contestar sus preguntas sobre el estudio. Si tiene algunas otras preguntas sobre la evaluación puede contactar a Fred Molitor al 800-998-1411, extensión 246. Si tiene preguntas sobre los derechos de los sujetos de investigación, contacten a: Administrador, Comité para la Protección de los Sujetos Humanos, Agencia de Servicios de Salud y Humana al (916) 653-0176 o [cphs-mail@oshpd.ca.gov](mailto:cphs-mail@oshpd.ca.gov).

## **PARTICIPACIÓN VOLUNTARIA**

**SU PARTICIPACIÓN EN EL ESTUDIO ES TOTALMENTE VOLUNTARIA.** Tiene el derecho a negarse a participar en el estudio en cualquier momento. Si se niega a participar en el estudio, no será penalizado(a) en ninguna manera ni perderá ningún beneficio a que usted puede tener derecho.

## **DECLARACIÓN DE DERECHOS DEL PARTICIPANTE**

Recibirá una copia de este formulario de consentimiento y la declaración de “Derechos del Participante para la Investigación no-Médico”.

## DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO Y FIRMA

He sido dado una copia de esta forma de consentimiento y una copia de los derechos del sujeto experimental.

Mi firma indica que he leído y comprendido esta forma y que yo:

**acepto participar en el estudio** NO SÍ

**acepto que la información sobre mi niño(a) colectada por personal del proveedor de servicios y el condado puede ser usada en el estudio** NO SÍ

**No aplica porque mi niño(a) tiene 18 años**

\_\_\_\_\_  
Firma del padre/madre o guardián      Fecha

\_\_\_\_\_  
Persona obteniendo consentimiento

\_\_\_\_\_  
Primer Nombre del Niño(a)