{INSERT AGENCY NAME –PROGRAM NAME}

Formulario de Consentimiento

Nombre del participante:			Fecha de Nacimiento:
Edad:	Grado:	Sexo: ☐ Masculino ☐Femenino	Escuela/Ubicación del programa:
Dirección:			
Nombre de Padre(s) o Guardián(ana) Legal:	Teléfono:	Celular:	

{INSERT AGENCY NAME} recibió un contrato de parte del Departamento de Servicios de Salud de Arizona para implementar el programa {INSERT NAME OF PROGRAM and/or CURRICULUM}. Durante el programa su hija/o explorará su proprio crecimiento y desarrollo de sus metas para el futuro. El programa se enfocará en los siguientes temas: {INSERT KEY PROGRAM/CURRICULUM TOPICS}. Su hija/o aprenderá la importancia del éxito académico y como establecer metas para mantener una vida saludable también aprenderá técnicas para prevenir el embarazo no planeado en adolescentes. La escuela o agencia ya ha aprobado la inclusión de este programa y toda la información relacionada con la implementación del programa.

El Departamento de Servicios de Salud de Arizona incluye una evaluación pre y post que requiere el consentimiento de los padres. Hay dos evaluaciones independiente administrado; uno de Wyman Teen Outreach Program® y el otro del Departamento de Servicios de Salud de Arizona. Se requiere consentimiento para cada una de estas evaluaciones.

Consentimiento para participar en la evaluación del Departamento de Servicios de Salud de Arizona

La evaluación ha sido revisada y aprobada por el Consejo de Revisión Institucional para proteger la confidencialidad de su hija/o. La evaluación no colectara nombres u información personal. Los resultados de la evaluación serán reportados agregados y en total del grupo no de una sola persona. El Departamento de Salud de Arizona y sus socios mantendrán todos los resultados de la evaluación seguros. La evaluación será basada en los siguientes datos:

- Información demográfica: edad, raza, etnicidad, sexo, y condado de residencia
- Información de salud: actitud ante el embarazo, practicar el abstinencia, y consecuencias de las relaciones sexuales
- Técnicas: habilidad de tomar decisiones, resistir la presión negativa y habilidad de negociar su posición personal
- Otra información: conocimiento sobre las relaciones saludables, influencia de los compañeros, autoestima y conocimiento sobre sus posiciones personales
- Opinión sobre su experiencia en el programa

Entiendo que 1) los resultados de la evaluación serán colectados por el propósito de mejorar el programa, asesar si los componentes y actividades del programa fueron implementados fielmente y para determinar si hubo un impacto en la actitud o comportamiento ante la salud entre participantes; 2) que participar en el programa y la evaluación es voluntario y que puedo elegir que mi hija/o no participa sin cualquier riesgo; 3) que no exigirá que mi hijo divulgue más información de lo necesario para participar en el programa; 4) que no se compartirá las respuestas individuales con la administración de la escuela; 5) que no divulgará la información personal de mi hija/o con nadie; 6) que los riesgos asociados a la participación de mi hija/o en la evaluación son mínimos y no causaran incomodidad más que tener que responder a las preguntas de la evaluación; y 6) que puedo revisar una copia de la evaluación.

Consentimiento para participar en la evaluación de Wyman Teen Outreach Program®

Yo doy mi consentimiento para que mi hijo/a participe en encuestas de Wyman. En cumplimiento con Children's Online Privacy Protection Act (Ley de la Protección de la Privacidad en el Internet de los Niños, COPPA, por sus siglas en Ingles), Wyman provee la siguiente información a los participantes de las encuestas. Wyman Center, Inc . opera un ambiente seguro para recolectar y guardar información de estudiantes partícipes en su Teen Outreach Program®.

Wyman recolecta los siguientes tipos de información directamente de los participantes de TOP® a través de sus encuestas por Internet:

- Opiniones acerca de su experiencia en TOP®
- Demográficas – Código postal, etnicidad, género, guardián más frecuente, nivel de educación de los padres
- Historiales escolares – grado en la escuela, ausentismos, ausentismos injustificados, suspensiones, cursos reprobados, planes de graduación y planes de estudio
- Información de salud – Embarazo, crianza de los hijos

Entiendo que Wyman usa las respuestas de los participantes para mejorar el Teen Outreach Program®. Entiendo que recolección de datos y de encuestas es voluntario y que mi hijo puede elegir participar o descontinuar su participación en cualquier punto en el proceso sin correr el riesgo de perder los servicios de Wyman. También estoy consciente que Wyman no exigirá que mi hijo divulgue más información de lo razonablemente necesario para participar en Teen Outreach Program® como condición de participación. Estoy consciente que Wyman usará y podría compartir respuestas con terceras partes para comercializar a Teen Outreach Program® para despertar conciencia e incrementar financiación y que Wyman no divulgará la información identificadora de mi hijo a terceras partes o al personal del programa. También entiendo que los riesgos asociados a la participación de mi hijo en esta encuesta son mínimos y no excederán cualquier incomodidad que podría encontrarse en cualquier situación de la vida cotidiana cuando esté contestando preguntas rutinarias de encuesta. Para una muestra de un reporte de cómo Wyman recopila y reporta estos datos, diríjase a www.wymantop.org.

Yo doy mi consentimiento para que mi hija/o participa en el programa {INSERT PROGRAM NAME}:

☐ YES ☐ NO

Yo doy mi consentimiento para que mi hija/o participé en la Evaluación del **Departamento de Servicios de Salud de Arizona**:

☐ YES ☐ NO

Yo doy mi consentimiento para que mi hija/o participé en la Evaluación de **Wyman Teen Outreach Program®**:

☐ YES ☐ NO

Firma de Padre/Guardián Legal: _____Fecha:_____

Nombre en Imprenta: _____

**Contacto para preguntas sobre el programa o evaluación: {INSERT CONTACT NAME & PHONE NUMBER} **