

## **Formulario de Consentimiento para Adulto**

Se le está pidiendo permiso para participar en un programa y una evaluación de prevención de embarazo para adolescentes. Usted participará en uno de los siguientes programas ofrecidos en Missouri:

Teen Outreach Program (Programa de Alcance para Adolescentes-TOP, por sus siglas en inglés)

Becoming a Responsible Teen (Convirtiéndose en un Adolescente Responsable-BART, por sus siglas en inglés)

Making Proud Choices (Haciendo Elecciones Orgullosas-MPC, por sus siglas en inglés)

Making A Difference (Marcando la Diferencia-MAD, por sus siglas en inglés)

Promoting Health Among Teens (Promoción de la Salud Entre los Adolescentes-PHAT, por sus siglas en inglés)

El objetivo de cada uno de estos programas es educar y apoyar a los adolescentes a tomar decisiones informadas, desarrollar habilidades y tener comportamientos saludables ahora y en el futuro, para tener una transición exitosa entre la adolescencia y la vida adulta. Los temas incluyen habilidades de comunicación asertiva, cómo manejar presión social y cómo tomar decisiones responsables en sus relaciones. Además, el programa enseña a los jóvenes a protegerse de embarazos no deseados y enfermedades de transmisión sexual (incluyendo VIH/SIDA).

Los evaluadores de la Universidad de Missouri estarán observando su participación y satisfacción, así como los beneficios que reciba del programa. Para hacer esto, usted recibirá encuestas al inicio y al final del programa. Cada encuesta tomará aproximadamente 20 minutos para completar.

La encuesta le preguntará a usted acerca de:

- Etnicidad, género, con quien vive, nivel de educación de los padres
- Si planea o no continuar con la escuela, participar en actividades sexuales y usar protección durante la actividad sexual
- Asistencia a la escuela, año escolar, expulsiones y cursos reprobados
- Información de salud sobre el embarazo, cómo criar a los hijos y actividad sexual/sexualidad
- Su experiencia en el programa y sus habilidades para utilizar las destrezas desarrolladas durante el programa.

Los participantes de este programa se beneficiarán recibiendo conocimiento y habilidades para tener una transición exitosa entre la adolescencia y la vida adulta. Las encuestas ayudarán a los evaluadores a entender la satisfacción de los participantes con el programa y los beneficios del mismo. Los posibles riesgos asociados con la participación en las encuestas de evaluación incluyen incumplimiento de la confidencialidad y una posible incomodidad al responder a las preguntas de la encuesta. Se han tomado precauciones para minimizar estos riesgos.

Usted solamente utilizará un número de identificación confidencial para identificarse en las encuestas. Su nombre nunca aparecerá en ninguna de las encuestas. Sus respuestas se mantendrán confidenciales y se guardarán en un gabinete con llave. El equipo de evaluación de la universidad sólo reportará información grupal y no se compartirá con nadie información que lo identifique.

Es voluntaria su participación en las encuestas.

**Nombre de la evaluadora:** Kristi Ressel

Usted podrá omitir cualquier pregunta que no desee contestar. Puede dejar de participar en las encuestas en cualquier momento. Si no desea participar en las encuestas de evaluación, aun puede participar en el programa.

Si tiene preguntas sobre la evaluación, puede comunicarse con la investigadora principal Kristi Ressel al número telefónico 573-882-1739.

**Por favor, seleccione la casilla correspondiente y firme abajo.**

**Consentimiento para participar en un programa PREP o SRAE**

Doy mi consentimiento para participar en el Programa PREP/SRAE. Estoy consciente del contenido del programa y acepto participar en todos los aspectos del programa bajo la supervisión del personal de PREP/SRAE.

Sí, acepto participar  
en un programa PREP/SRAE

No, no deseo participar

**Consentimiento para participar en las encuestas y la colección de datos**

Doy mi consentimiento para participar en las encuestas antes y después del programa. La universidad puede compartir información grupal con los creadores del programa y/o el Missouri Department of Health and Senior Services (Departamento de Salud y Servicios para Adultos Mayores de Missouri).

Sí, acepto participar  
en la evaluación

No, no deseo participar en las  
evaluaciones

---

(Firma)

Fecha

---

(Agencia/Firma Autorizada)

Fecha

---

Nombre Legal y Completo (Nombre, Segundo Nombre, Apellido)

Fecha

---

Fecha de nacimiento (Mes/Día/Año)