

# CONSENTIMIENTO PATERNAL PARA SOLICITAR INFORMACIÓN

## IMPRIMA POR FAVOR

Nombre del Niño \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_  
Primer Segundo Apellido (mes/día/año)

Últimos Cinco (5) Dígitos del Número de Seguro Social del Niño \_\_\_\_\_

Nombre del Padre/ Guardián \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_  
Primer Segundo Apellido (mes/día/año)

Últimos Cuatro (4) Dígitos del Número del Seguro Social del Padre \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Teléfono ( ) ( ) \_\_\_\_\_  
Calle Ciudad Estado Código Postal Casa Trabajo

A su niño se le ha pedido en tomar parte de un estudio acerca de un programa llamado “Tiempo Libre De Escuela “en el Condado de Cuyahoga. Ellos han sido seleccionados para participar porque usted y/o su niño y su proveedor de “Tiempo Libre de Escuela” recibirán ayuda de una agencia comunitaria para proporcionar a su niño con mejores servicios. Por Favor lea esta forma y pregunte cualquier pregunta que usted tenga antes de consentir en permitir a su niño en tomar parte en el proyecto de estudio abajo.

**Información y Procedimientos:** La Iniciativa MyCOM del Condado de Cuyahoga y Starting Point Para El Cuidado Infantil y La Educación Temprana colaborando con la Universidad de Kent State para realizar una evaluación del MyCOM y “Tiempo Libre De Escuela” en el Condado de Cuyahoga. MyCOM del Condado de Cuyahoga es un esfuerzo cooperativo de promover y mejorar el cuidado de los niños efectivamente, juventud sana, y la calidad del programa “Tiempo Libre De Escuela” para asegurar el bien estar de toda juventud en el Condado de Cuyahoga. Starting Point es una organización que coordina la estrategia del programa MyCOM “Tiempo Libre De Escuela” en el Condado de Cuyahoga. El propósito de este estudio es de aprender acerca del impacto del entrenamiento, ayuda técnica, asistencia de referidos a proveedores y familiares de los participantes del programa “Tiempo Libre De Escuela”.

Si usted permite a su niño en tomar parte en este proyecto de estudio, su información de contacto (escrita arriba) y la información relacionada a la ayuda proporcionada por la agencia será proveída por Starting Point a la Universidad de Kent State. Starting Point continuara proveyendo esta información por 6 meses después de la iniciación de servicios o mientras la agencia le proporcione ayuda a usted o a su proveedor de servicios. Usted también puede escoger en tomar parte en otro aspecto del estudio al que usted se le preguntara acerca de sus experiencias y opiniones relacionados a el servicio de “Tiempo Libre de Escuela”.

**Riesgos y Beneficios de Participar en el Estudio:** No hay conocidos riesgos en tomar parte en este estudio y aunque no hay beneficios a su niño, su participación puede tener un efecto positivo en los servicios disponibles a familias y a los proveedores de servicios “Tiempo Libre de Escuela” en el Condado de Cuyahoga.

**Confidencialidad y Descripción del Estudio:** Los registros de este estudio serán mantenidos en privado. No será posible identificar los participantes en ningún informe que pueda ser publicado. La participación de su niño es completamente voluntaria y su refuto en participar no afectara el servicio que usted, su niño, proveedor de “Tiempo Libre de Escuela” recibe de la agencia. Usted puede escoger en terminar la participación de su niño a cualquier hora o tiempo solicitando una forma de revocación de la agencia que solicito su consentimiento.

**Contactos:** Si usted tiene cualquier pregunta acerca de este estudio, usted puede contactar al la Supervisora de Proyecto de Tiempo Libre de Escuela de Starting Point al 216-575-0061.

### Por Favor Verifique SI o No E Iniciales:

SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_ Conuerdo en tener información relacionada a la ayuda que mi niño recibe de la agencia/agencias proveída a la Universidad de Kent State por Starting Point.

SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_ Conuerdo en ser contactado para tomar parte en un estudio relacionado (ag. cuestionario, grupos de enfoco, etc.)

Firma de Padre/ Guardián \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**Personal De La Agencia:** He revisado el contenido de esta forma con la persona que firma arriba.

Firma del Personal de la Agencia \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Nombre de la Agencia \_\_\_\_\_

(Una copia de este consentimiento firmado es tan válida como la original)

Original- Starting Point  
Copia Amarilla- Padre/Guardian  
Copia Rosada- Agencia

