

Form Approved  
OMB No. 0920-0840  
Expiration date: 02/29/2016

“Understanding Barriers and Facilitators to HIV Prevention, Care, and Treatment”

## 2h. PLWH Contact Information Form Spanish

Public reporting burden of this collection of information is estimated to average 1 minute per response, including the time for reviewing instructions, searching existing data sources, gathering and maintaining the data needed, and completing and reviewing the collection of information. An agency may not conduct or sponsor, and a person is not required to respond to a collection of information unless it displays a currently valid OMB control number. Send comments regarding this burden estimate or any other aspect of this collection of information, including suggestions for reducing this burden to CDC/ATSDR Reports Clearance Officer; 1600 Clifton Road NE, MS D-74, Atlanta, Georgia 30333; Attn: OMB-PRA (0920-0840)

**Contact Information** During conversation assess their ability to speak English or Spanish (should be able to converse without difficulty). If you determine English AND Spanish very poor—not eligible. If they sound bizarre on the phone (disorganized thoughts, confrontational, angry, etc)—not eligible.

**Partner Contact Information if applicable**

PARTNER CONTACT INFORMATION IF PROVIDED Para ponerme en contacto con él voy a necesitar también que usted me dé permiso para decirle que usted nos dio el nombre de él y la información de cómo contactarlo, y que usted pensó que tal vez él estaría interesado en participar. Le repito que no se compartirá con nadie ninguna de la información personal que usted nos ha dado, sólo le diremos que usted nos dio la información para contactarlo y nos dijo que el podría estar interesado. Por favor deme el nombre y el número de teléfono para que podamos comunicarnos con él a ver si quiere participar en nuestro estudio.

**PLWH Contact Information**

IF STUDY COHORT FILLED OR YOU DETERMINE THEY ARE NOT ELIGIBLE:

“Apreciamos su interés en el estudio. Voy a enviar esta información al coordinador de reclutamiento para que determine si usted reúne los requisitos para este estudio. Si usted es elegible, volveremos a comunicarnos con usted con información más detallada. Necesito que me dé su nombre solamente (sin apellido) y número de teléfono para poder comunicarnos con usted si es elegible. Muchas gracias por su interés en participar en nuestro estudio.

If study cohort is not filled and you determine that they ARE eligible:

Parece que usted reúne los requisitos para participar en el estudio. Necesito que me dé su información para que un entrevistador pueda contactarlo y ponerse de acuerdo con usted sobre dónde y cuándo hacer la entrevista.

¿Cuál es su nombre?

Por favor deme dos números de teléfono donde lo pueda llamar para recordarle la cita.

- 
1. ¿Está bien si dejo un mensaje si usted no está disponible?”  
Sí [ ] No [ ]
  2. ¿Está bien si le mando un texto a su celular si usted no está disponible?”  
Sí [ ] No [ ]

KEEP CONTACT INFORMATION LOCKED. IT IS PRIVATE INFORMATION. IT SHOULD NOT BE KEPT IN ELECTRONIC FORMAT.