

## **BD-STEPS - Suplemento preliminar sobre muerte fetal**

### **Guion telefónico introductorio y consentimiento informado**

#### **Madre de mortinato con o sin defectos de nacimiento y de niño que nació con vida**

El texto entre "<<", ">>" es para las madres de mortinatos.

Hola, ¿podría hablar con <Nombre y apellido de la madre>? Mi nombre es <Entrevistador> y llamo en nombre del <Centro de Arkansas para la Investigación y Prevención de los Defectos de Nacimiento del Hospital de Niños de Arkansas o del Departamento de Salud Pública de Massachusetts>. Gracias por haber participado anteriormente en el estudio sobre defectos de nacimiento, BD-STEPS, que se llevó a cabo para evaluar las exposiciones durante el embarazo. Nos estamos comunicando con personas que ya participaron en el estudio para solicitar información adicional. Recientemente, le enviamos información por correo. Si no la ha recibido, indíquenos si desea que se la enviemos nuevamente. **SÉ QUE ES POSIBLE QUE LE ESTOY LLAMANDO A SU TELÉFONO CELULAR AHORA MISMO.** Si actualmente está conduciendo, le volveremos a llamar en otro momento.

**SI QUIEN CONTESTA PREGUNTA DE DÓNDE LLAMA O QUÉ CONTRATISTA REALIZA LA ENTREVISTA, CONTESTAR:** "Trabajo para Abt Associates y nosotros realizamos todas las entrevistas del estudio".

**SI SE SOLICITÓ EL REENVÍO DE INFORMACIÓN [VERIFICAR Y REGISTRAR LA DIRECCIÓN Y, LUEGO, CONTINUAR LEYENDO EL GUION]. Nota: De no haber una dirección disponible (es decir, persona sin hogar), preguntar lo siguiente, "¿Podemos enviar el paquete a la dirección de un familiar o de un amigo?"**

**EN EL CASO DE LAS PERSONAS QUE NO RECIBIERON EL PAQUETE INTRODUCTORIO, PREGUNTAR LO SIGUIENTE:** "¿Desea que le lea la guía informativa sobre los derechos de los pacientes? Esta información también se incluyó en el paquete de información original que recibió para BD-STEPS".

**EN CASO AFIRMATIVO:** Como participante en el estudio, debe saber que tiene derecho a todo lo que se indica a continuación:

- Conocer la naturaleza y el objetivo del estudio.
- Recibir una explicación de los procedimientos que se llevarán a cabo en el estudio.
- Recibir una descripción de las molestias y los riesgos que razonablemente se espera que surjan a raíz de los procedimientos del estudio.
- Recibir una explicación de los beneficios que razonablemente se espera que obtenga debido a su participación.
- Conocer el tratamiento médico, si lo hubiera, que tiene a su disposición durante el estudio y después de este en caso de que surjan complicaciones.
- Tener la oportunidad de realizar preguntas sobre el estudio o los procedimientos que se llevan a cabo.
- Saber que puede retirarse del estudio en cualquier momento sin que esto suponga una sanción.
- Tener la oportunidad de decidir si desea participar o no, sin que su decisión se vea afectada por el uso de fuerza o influencia indebida.

La carga horaria que requiere la tarea de recolección de información pública se estima en un promedio de 5 minutos. En este cálculo se incluyen el tiempo de revisión de las instrucciones, la búsqueda de fuentes de datos existentes, la recopilación y el mantenimiento de los datos necesarios, y la compleción y la revisión de la recopilación de información. Un organismo no podrá realizar ni patrocinar una recopilación de información, y una persona no está obligada a responder a dicha recopilación, a menos que el organismo exhiba un número de control válido de la Oficina de Administración y Presupuesto (Office of Management and Budget, OMB). Envíe los comentarios sobre esta estimación de carga horaria o sobre cualquier otro aspecto de esta recopilación de información, incluidas sugerencias para reducir el tiempo de esta tarea, a CDC/ATSDR Reports Clearance Officer; 1600 Clifton Road NE, MS D-74, Atlanta, Georgia 30333; ATTN: PRA (0920-0010).

Después de leer esta información, ¿tiene alguna pregunta?

**EN CASO NEGATIVO:[CONTINUAR LEYENDO EL GUIÓN].**

En BD-STEPS, nuestro objetivo es obtener más información sobre los defectos de nacimiento. En esta entrevista de seguimiento, deseamos obtener más información sobre el motivo por el que algunos embarazos terminan en muerte fetal y otros no. **<EN EL CASO DE MUERTE FETAL: Lamentamos su pérdida>**. Comprendemos que, a algunas mujeres, les puede resultar incómodo hablar sobre su experiencia con los embarazos. Salvo esta incomodidad, no hay otros probables riesgos. **<<EN EL CASO DE MUERTE FETAL: Si bien conocemos las causas de algunas muertes fetales, no sabemos cuáles son las causas para la mayoría de ellas. No sabemos si hay alguna relación directa entre las preguntas de esta entrevista y el resultado de su embarazo>>**. Participar en esta entrevista no la beneficiará a usted o a su familia directamente; sin embargo, su participación nos enseñará más acerca de los factores que podrían aumentar el riesgo de muerte fetal, y los hallazgos podrían ayudar a otras mujeres en el futuro.

En tanto que la entrevista que completó para BD-STEPS se centró en las primeras etapas de su embarazo, esta entrevista se centrará principalmente en la última etapa de su embarazo. Esta entrevista solo demorará unos 25 minutos (**si la madre expresa preocupación por la duración de la entrevista, decir lo siguiente, “Si es necesario, podemos hacerla en secciones breves”**). Miles de mujeres participan en este estudio a lo largo de un período de tres años. Se entrevistará a más de 600 mujeres por año en **<Arkansas o Massachusetts>**.

Puede optar por no participar. Esta decisión no afectará la atención ni los servicios que usted o su familia reciben. Si opta por participar, sería útil que complete todas las preguntas. Sin embargo, puede optar por no responder cualquiera de las preguntas y puede interrumpir la entrevista en cualquier momento.

Toda la información que recopilamos será confidencial. Esto se debe a que los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) han otorgado un Certificado de confidencialidad al estudio (es decir, BD-STEPS). Esto significa que cualquier información que nos brinde no deberá compartirse con nadie, incluso si un tribunal nos exige hacerlo, a menos que usted lo consienta. Si bien podemos compartir información sobre usted con otros investigadores de nuestro estudio, nunca utilizaremos nombres en informes ni publicaciones. La información solo se utilizará a los fines de la investigación y solo se compartirá una vez obtenidas las aprobaciones correspondientes por parte del Comité de intercambio de datos del estudio y de los comités para la protección de seres humanos que participan en investigaciones en la institución de investigadores. También debe comprender que no se puede impedir que los investigadores del estudio compartan información sobre usted a autoridades con el objeto de evitar perjuicios graves, ya sea para su persona o terceros.

Después de leer esta información, ¿tiene alguna pregunta?

**EN CASO AFIRMATIVO: REMITIRSE A LAS PREGUNTAS/RESPUESTAS.**

**EN CASO NEGATIVO:** Si tiene alguna inquietud sobre el estudio o sobre cómo se lleva a cabo, puede llamar a **<la Dra. Wendy Nembhard al 501-364-5001 (Arkansas) a la línea gratuita 1-877-662-4567, O BIEN, a Rebecca Lovering al 617-624-5529 o a la línea gratuita al 1-888-302-2101 (Massachusetts)>**. Si tiene preguntas sobre sus derechos como participante, llame a la oficina del subdirector adjunto de Ciencias del CDC al **1-800-584-8814**. Deje un mensaje que incluya su nombre, número de teléfono y menciones el Protocolo n.º 2087, y alguien le devolverá el llamado tan pronto como sea posible.

**ENTREVISTAS CUANDO SE DESCONOCE LA EDAD DE LAS MADRES  
O CUANDO SE SABE QUE SON MENORES DE 18 AÑOS (AR solamente)**

**EN TODOS LOS CASOS DE DESCONOCIMIENTO DE LA EDAD:**

Antes de empezar, debo preguntarle la edad. ¿Cuántos años tiene?

**18 AÑOS O MÁS (AR), CONTINUAR CON EL GUIÓN NORMAL**

**15 AÑOS O MÁS (MA), CONTINUAR CON EL GUIÓN NORMAL**

**DE 15 A 17 AÑOS (AR solamente)**

Debemos pedirles permiso a tus padres o a tu tutor para que puedas participar. Para que puedan tomar una decisión, será necesario que vean la información que te enviamos. ¿Estás dispuesto a mostrarles la

Si

acepta realizar la entrevista, ¿está de acuerdo con que mi supervisor la escuche o con que la grabemos para fines de control de la calidad?

**SÍ (DE ACUERDO CON QUE EL SUPERVISOR ESCUCHE):** VERIFICAR Y REGISTRAR EL NOMBRE DE LA PARTICIPANTE Y LA FECHA ACTUAL.

**NO (NO ESTÁ DE ACUERDO CON QUE EL SUPERVISOR ESCUCHE):** ESTABLECER “SIN SEÑAL O SIGNO DE MONITORIZACIÓN” PARA EL SUPERVISOR. LUEGO, VERIFICAR Y REGISTRAR EL NOMBRE DE LA PARTICIPANTE Y LA FECHA ACTUAL. PROCEDER CON LA ENTREVISTA.

Si dispone de tiempo, nos gustaría proseguir y empezar la entrevista. **[SI LA PARTICIPANTE TIENE PREGUNTAS, REMITIRSE A LAS PREGUNTAS/RESPUESTAS].**

**EN CASO AFIRMATIVO:** Gracias por aceptar participar. **[EMPEZAR LA ENTREVISTA; REGISTRAR LA FECHA DEL CONSENTIMIENTO OTORGADO EN FORMA ORAL]**

**SÍ (DESEA SER ENTREVISTADA MÁS ADELANTE):** ¿Cuándo desea que la llamemos nuevamente?

**REGISTRAR LA FECHA Y HORA (INCLUIR EL HUSO HORARIO) DE LA CITA.**

**VERIFICAR EL NÚMERO DE TELÉFONO, REGISTRAR EL NÚMERO SI ES DIFERENTE AL DEL ARCHIVO.** Debo verificar el número de teléfono al que la llamarán para realizar la entrevista.

**CONFIRMAR:** Hemos programado su cita para el <DÍA, FECHA> a las <HORA>. Si necesita cambiar su cita, le agradeceríamos que llame a nuestro número gratuito al 1-888-743-7324.

¿Desea que le enviemos un recordatorio antes de la entrevista?

**EN CASO AFIRMATIVO,** ¿quisiera recibir un correo electrónico, mensaje de texto o correo de voz? <ANOTAR RESPUESTA Y DIRECCIÓN PARA SEGUIMIENTO>.

Gracias por tomarse la molestia de hablar hoy conmigo sobre este estudio. Espero poder hablar nuevamente con usted el **[Reiterar fecha y hora]**. Adiós.

**NO (NO DESEA SER ENTREVISTADA):**

**INDAGAR:**

¿Tiene alguna pregunta sobre el estudio en la que la pueda ayudar (**VER PREGUNTAS/RESPUESTAS**)?

¿Hay algo más que desee preguntar (**VER PREGUNTAS/RESPUESTAS**)?

Podemos empezar ahora y ver hasta dónde llegamos.

Podemos hacer la entrevista en secciones breves, por ejemplo, sesiones de 5 a 10 minutos, si eso le resulta más cómodo.

Podemos concertar una cita y vuelvo a llamarla cuando le resulte más cómodo.

¿Desea que concertemos una cita para que la vuelva a llamar en un horario que le resulte más cómodo?

¿Desea que le explique un poco más sobre el estudio?

Está bien si prefiere no informarnos, pero ¿podemos preguntarle por qué no desea participar?

**EN CASO NEGATIVO:** Gracias por tomarse el tiempo para hablar hoy conmigo sobre el estudio.

**EN CASO AFIRMATIVO:** ¿Cuál es el motivo o los motivos por los que no desea participar?

**[REGISTRAR LOS MOTIVOS].**

Gracias por tomarse la molestia de hablar conmigo sobre este estudio. Adiós.

## PREGUNTAS/RESPUESTAS

***Cómo obtuvo mi nombre:*** Fue seleccionada de mujeres que completaron previamente la entrevista de BD-STEPS.

***Confidencialidad o Certificado de confidencialidad:*** El Certificado de confidencialidad protege sus derechos legales en virtud de la Ley de Servicios de Salud Pública (sección 301[d] de la Ley de Servicios Públicos, 42 U.S.C. 241[d]). El Certificado de confidencialidad evita que, en razón de una orden judicial u otra acción legal, el personal del estudio se vea obligado a identificarla a usted o cualquier otra persona en este estudio. Esta protección es perpetua (incluso subsiste después de la muerte) en el caso de las personas que hayan participado en la investigación en cualquier momento durante la vigencia del certificado. Los funcionarios a cargo del control de la calidad de la investigación pueden revisar los registros. Como se indicó anteriormente, es posible que la información sobre usted se comparta con otros investigadores siempre que los comités para la revisión de las investigaciones lo hayan aprobado. Nunca utilizaremos ningún nombre en informes ni en publicaciones.

***Participación voluntaria:*** La participación es voluntaria, es decir, usted puede optar por participar o no. Puede retirarse en cualquier momento. En cualquier momento futuro, puede solicitar que se eliminen del estudio las respuestas que brindó en la entrevista, para ello, debe llamar a **<la Dra. Wendy Nembhard al 501-364-5001 (Arkansas) a la línea gratuita 1-877-662-4567, O BIEN, a Rebecca Lovering al 617-624-5529 o a la línea gratuita al 1-888-302-2101 (Massachusetts)>**.

***Incentivo para la entrevista:*** Incluimos una **tarjeta de regalo de \$10** como muestra de nuestro agradecimiento por su tiempo e interés (por la entrevista). Si completa la entrevista, le enviaremos una tarjeta de regalo adicional por 10 dólares como agradecerte por su tiempo. **<Nota: Esta tarjeta se ofrece en forma complementaria al incentivo de \$30 que se incluye para la entrevista telefónica asistida por computadora (Computer Assisted Telephone Interviewing, CATI) “general” de BD-STEPS.**

***Para obtener más información:*** Si desea obtener más información sobre el estudio, llame a **<la Dra. Wendy Nembhard al 501-364-5001 (Arkansas) a la línea gratuita 1-877-662-4567, O BIEN, a Rebecca Lovering al 617-624-5529 o a la línea gratuita al 1-888-302-2101 (Massachusetts)>**. Si tiene preguntas sobre sus derechos como sujeto en este estudio de investigación, llame a la oficina del subdirector adjunto de Ciencias del CDC al **1-800-584-8814**. Deje un mensaje que incluya su nombre, número de teléfono y menciones el Protocolo n.º 2087, y alguien le devolverá el llamado tan pronto como sea posible.

## **BD-STEPS: Suplemento preliminar sobre muerte fetal**

### **Guion telefónico breve revisado: Entrevista ya programada**

[VERSIÓN BREVE DEL GUION PARA LAS MUJERES QUE OTORGARON SU CONSENTIMIENTO CUANDO SE PROGRAMÓ LA ENTREVISTA. SE LEYÓ ANTERIORMENTE EL GUION COMPLETO DEL CONSENTIMIENTO A LA PARTICIPANTE.  
LA ENTREVISTA COMIENZA CON ESTE RECORDATORIO].

Hola, ¿podría hablar con <Nombre y apellido de la madre>? Mi nombre es <Entrevistador> y llamo de parte del <Centro de Arkansas para la Investigación y Prevención de los Defectos de Nacimiento del Hospital de Niños de Arkansas O del Departamento de Salud Pública de Massachusetts> para llevar a cabo la entrevista que programamos para esta fecha y hora.

**NO (NO ES UN MOMENTO ADECUADO):** ¿En qué horario le resulta más cómodo que la vuelva a llamar para realizar la entrevista?

**REGISTRAR LA FECHA Y HORA (INCLUIR EL HUSO HORARIO) DE LA NUEVA CITA. VERIFICAR Y REGISTRAR EL NÚMERO DE TELÉFONO.** Debo verificar el número de teléfono al que la llamarán para realizar la entrevista.

**CONFIRMAR:** La llamaremos el <DÍA, FECHA> a las <HORA> al <NÚMERO DE TELÉFONO>. Si necesita cambiar su cita, le agradeceríamos que llame a nuestro número gratuito al 1-888-743-7324.

¿Desea que le enviemos un recordatorio antes de su cita para la entrevista?

**EN CASO AFIRMATIVO,** ¿desea que le enviemos el recordatorio por correo electrónico, mensaje de texto o mensaje de voz? <**REGISTRAR LA RESPUESTA Y LA DIRECCIÓN**>

Gracias. Esperamos poder hablar con usted en la fecha y hora acordadas.

**SÍ (HORA ADECUADA AHORA): [EMPEZAR LA ENTREVISTA; REGISTRAR LA FECHA DEL CONSENTIMIENTO OTORGADO EN FORMA ORAL]**

Gracias por aceptar participar. Deseo recordarle lo siguiente:

Todas sus respuestas son confidenciales.

Puede optar por no responder cualquier pregunta en particular.

Puede interrumpir la entrevista en cualquier momento.

#### **SI NO SE PREGUNTÓ ANTERIORMENTE:**

Si acepta realizar la entrevista, ¿está de acuerdo con que mi supervisor la escuche o con que la grabemos para fines de control de la calidad?

**SÍ (DE ACUERDO CON QUE EL SUPERVISOR ESCUCHE):** VERIFICAR Y REGISTRAR EL NOMBRE DE LA PARTICIPANTE Y LA FECHA ACTUAL.

**NO (NO ESTÁ DE ACUERDO CON QUE EL SUPERVISOR ESCUCHE):** ESTABLECER “SIN SEÑAL O SIGNO DE MONITORIZACIÓN” PARA EL SUPERVISOR.  
LUEGO, VERIFICAR Y REGISTRAR EL NOMBRE DE LA PARTICIPANTE Y LA FECHA ACTUAL.  
PROCEDER CON LA ENTREVISTA.

**BD-STEPS: Suplemento preliminar sobre muerte fetal**  
**CONTINUACIÓN Guion para menores (AR solamente)**

**EN CASO AFIRMATIVO (ESTÁ DISPUESTA A COMPARTIR CON LOS PADRES):**

Muchas gracias. ¿Cómo se llaman tus padres o tu tutor? ¿Es Sr., Srta., Sra. o Dr.? \_\_\_\_\_

VÍNCULO: madre\_\_\_\_, padre\_\_\_\_, madrastra\_\_\_\_, padrastro\_\_\_\_, tutor\_\_\_\_, OTRO, ESPECIFICAR\_\_\_\_\_

¿Están tus <PADRES/TUTOR> disponibles en este momento?

**EN CASO NEGATIVO:**¿Cuándo es un momento adecuado para llamarlos? Día \_\_\_\_\_ Hora \_\_\_\_\_  
**(REGISTRAR EL HUSO HORARIO)**

¿Hay algún otro número de teléfono al cual podemos llamarlos? \_\_\_\_\_

Además, ellos nos pueden llamar a nuestro número gratuito, 1-877-662-4567 **(en el caso de las participantes de AR solamente)** si tienen alguna pregunta. Llamaré a tus <PADRES/TUTOR> a la hora y al número que me indicaste. Muchas gracias por tu tiempo y espero poder hablar nuevamente contigo.

**BD-STEPS: Suplemento preliminar sobre muerte fetal**

**Guion y consentimiento informado para padres/tutor de menores (AR SOLAMENTE)**

Hola, <Sr./Srta./Dr.> \_\_\_\_\_. Mi nombre es <Entrevistador> y llamo de parte del **Centro de Arkansas para la Investigación y Prevención de los Defectos de Nacimiento del Hospital de Niños de Arkansas.**

Estamos invitando a mujeres a participar en una entrevista de seguimiento para que nos ayuden a comprender ciertos factores que podrían aumentar el riesgo de muerte fetal. Se eligió a <su hija O NOMBRE DE LA PARTICIPANTE> de un grupo de mujeres de <Arkansas > que anteriormente participaron en nuestro estudio sobre defectos de nacimiento, que se llevó a cabo para evaluar las exposiciones durante el embarazo (BD-STEPS). Su embarazo se identificó a través del programa de vigilancia de **Arkansas** que supervisa los desenlaces de los embarazos. <EN EL CASO DE MUERTE FETAL, “Comprendemos que puede resultarle incómodo a su hija hablar sobre su experiencia. Salvo esta incomodidad>, el estudio no presenta <otros> probables riesgos. <<EN EL CASO DE MUERTE FETAL: Si bien conocemos las causas de algunas muertes fetales, no sabemos cuáles son las causas para la mayoría de ellas. No sabemos si hay alguna relación directa entre las preguntas de esta entrevista y el resultado de su embarazo>>. Participar en esta entrevista no beneficiará a su hija [o NOMBRE DE LA PARTICIPANTE] o a su familia directamente; sin embargo, su participación nos enseñará más acerca de los factores que podrían aumentar o disminuir el riesgo de muerte fetal, y los hallazgos podrían ayudar a otras mujeres en el futuro. Puede optar por no participar. Esta decisión no afectará la atención ni los servicios que su hija [o NOMBRE DE LA PARTICIPANTE] o su familia reciben.

Este estudio incluye una entrevista telefónica acerca de afecciones presentes durante el embarazo de su hija, sus enfermedades y los medicamentos que recibió durante el segundo y tercer trimestres de su embarazo. Dado que su hija aún no ha cumplido 18 años, tenemos la obligación de preguntarle si permitirá que su hija participe en el estudio.

Recientemente, le enviamos por correo un paquete a <su hija o NOMBRE DE LA PARTICIPANTE> en el que la invitamos a participar en un estudio de investigación. ¿Tiene alguna pregunta sobre el estudio?

**SÍ <RESPONDER LAS PREGUNTAS DE LOS PADRES/DEL TUTOR>**

**NO (NO DESEA MÁS INFORMACIÓN):**

CONTINUAR:

La entrevista demora alrededor de 25 minutos (*pero podemos realizarla en secciones breves*).

<Su hija O NOMBRE DE LA PARTICIPANTE> puede optar por no responder alguna pregunta en particular.  
<Su hija O NOMBRE DE LA PARTICIPANTE> puede interrumpir la entrevista en cualquier momento.

Solo compartiremos información con nuestro equipo de investigadores que participan en este estudio. Dicho intercambio puede incluir información de salud sobre <su hija O NOMBRE DE LA PARTICIPANTE>. Sin embargo, la información solo se utilizará a los fines de la investigación y será confidencial. Solo se compartirá una vez obtenidas las aprobaciones correspondientes por parte del Comité de intercambio de datos y los comités para la protección de seres humanos que participan en investigaciones. Nunca utilizaremos ningún nombre ni dirección en informes o publicaciones.

Si usted o <su hija O NOMBRE DE LA PARTICIPANTE> tienen inquietudes sobre el estudio o sobre cómo se lleva a cabo, puede llamar a la **Dra. Wendy Nembhard al 501-364-5001 (participantes de Arkansas solamente) o al número gratuito al 1-877-662-4567**. Si tiene preguntas sobre sus derechos como sujeto en este estudio de investigación, llame a la oficina del subdirector adjunto de Ciencias del CDC al **1-800-584-8814**. Deje un mensaje que incluya su nombre, número de teléfono y menciones el Protocolo n.º 2087, y alguien le devolverá el llamado tan pronto como sea posible.

Si su hija [o NOMBRE DE LA PARTICIPANTE] acepta realizar la entrevista, ¿está de acuerdo con que mi supervisor la escuche o con que la grabemos para fines de control de la calidad?

**SÍ (DE ACUERDO CON QUE EL SUPERVISOR ESCUCHE):** VERIFICAR Y REGISTRAR EL NOMBRE DE LOS PADRES/DEL TUTOR Y LA FECHA ACTUAL.

**NO (NO ESTÁ DE ACUERDO CON QUE EL SUPERVISOR ESCUCHE):** ESTABLECER “SIN SEÑAL O SIGNO DE MONITORIZACIÓN” PARA EL SUPERVISOR. LUEGO, VERIFICAR Y REGISTRAR EL NOMBRE DE LOS PADRES/DEL TUTOR Y LA FECHA ACTUAL. PROCEDER CON LA ENTREVISTA.

¿Permite que <su hija o NOMBRE DE LA PARTICIPANTE> participe en la entrevista?

**NO (NO OTORGA PERMISO):**

Le agradecemos su tiempo. Nos gustaría saber el o los motivos por los que prefiere que <su hija O NOMBRE DE LA PARTICIPANTE> no participe. **[REGISTRAR LOS MOTIVOS]** Gracias por tomarse la molestia de hablar conmigo sobre este estudio. Adiós.

**SÍ (OTORGA PERMISO):**

Gracias. Apreciamos que nos ayude a recopilar información para este importante estudio. Debe confirmar su nombre y apellido para indicar que otorga su consentimiento en nuestros registros.

[REGISTRAR] Nombre: \_\_\_\_\_ Segundo nombre/inicial del segundo nombre si se proporciona:  
\_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_

¿Qué vínculo tiene con <NOMBRE DE LA PARTICIPANTE>? Madre, padre, madrastra, padrastro, tutor u OTRO, ESPECIFICAR. **[REGISTRAR LA RESPUESTA]**

Llamaremos a <NOMBRE DE LA PARTICIPANTE> para combinar un horario en el que le resulte cómodo realizar la entrevista telefónica, o bien, si está disponible ahora, podemos explicarle el estudio o comenzar la entrevista.

**SI NO ESTÁ DISPONIBLE:** Horario oportuno para <su hija o NOMBRE DE LA PARTICIPANTE>:

Día \_\_\_\_\_ Hora \_\_\_\_\_ **REGISTRAR LA FECHA Y HORA (INCLUIR EL HUSO HORARIO).**

**VERIFICAR N.º DE TELÉFONO:** Debo verificar el número de teléfono al que llamarán a (**NOMBRE DE LA PARTICIPANTE**) para realizar la entrevista.

**CONFIRMAR:** Además, ella nos puede llamar a nuestro número gratuito **1-888-743-7324** si tiene alguna pregunta.

Gracias por permitir que <**NOMBRE DE LA PARTICIPANTE**> participe en este importante estudio sobre salud pública.