

ENCUESTA DE SEGUIMIENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

INTRODUCCION

Esta invitado(a) a participar en el proceso de encuesta de seguimiento al ser dado(a) de alta del tratamiento de trastorno de abuso de sustancias (SUD). La decisión de completar la encuesta y dejar que sus respuestas sean proveídas para su fuente de referencia (IDHW, IDOC, IDJC o ISC) es totalmente voluntaria. La encuesta de seguimiento está diseñada para tener una idea de cómo va su vida tras haber sido dado(a) de alta del tratamiento con SUD y que impacto puede haber tenido el tratamiento en su conducta y su calidad de vida. La encuesta es completamente confidencial y se usa para fines de recolección de datos, independientemente de la fuente de referencia para el tratamiento, con la excepción de los estándares de notificación obligatorios (peligro para sí mismo, otros o reportes de daño a cualquier persona vulnerable, etcétera).

La encuesta de seguimiento incluirá preguntas básicas relacionadas con el uso de sustancias, vivienda, empleo, ingresos, la salud física, la salud mental, la participación en el tratamiento adicional, los apoyos informales de recuperación y educación. Los participantes recibirán una llamada telefónica del proveedor de tratamiento que completo el proceso de alta, haciendo una serie de preguntas de respuesta corta, que no debe de tomar mucho de su tiempo para contestar. Las llamadas telefónicas se realizaran aproximadamente 1 mes, 6 meses, y 1 año después de haber sido dado(a) de alta del tratamiento. Puede dejar de participar en cualquier momento informando al proveedor del tratamiento de su deseo de no participar más.

RIESGOS

Debido a que la Encuesta de Seguimiento se realiza por teléfono, existe el riesgo de que alguien en su hogar o con acceso al número o números de teléfono que usted proporcione le haga preguntas sobre por qué está recibiendo la llamada telefónica. Las llamadas telefónicas se realizaran de manera compatible con HIPAA para proteger su información relacionada con haber participado en el tratamiento de SUD. La persona que realizara las llamadas telefónicas recibirá instrucciones para preguntar por su nombre, sin indicar con qué agencia está, o el motivo de la llamada. Si la persona que conteste el teléfono pregunta se le indicara que diga: "Estoy intentando comunicarme con _____, puedo dejar mi nombre y número para que _____ me devuelva la llamada?" Existe el riesgo de que la persona que contesto el teléfono, llame el número de vuelta, que ira a la agencia que hizo la llamada telefónica. Si le preocupa esto por favor, no proporcione ningún número de teléfono al que se aplique este riesgo, responda "No" a Aprobar para Dejar un Mensaje, o escoja no participar en la Encuesta de Seguimiento. Las llamadas telefónicas se realizaran durante las horas normales de oficina, de lunes a viernes.

MEJOR FORMA DE CONTACTO

Mejor hora/día para contactarlo(a): _____

Número Telefónico: _____ Podemos dejar mensaje? Si/No Mensaje de Texto? Si/No

Número Telefónico: _____ Podemos dejar mensaje? Si/No Mensaje de Texto? Si/No

Correo Electrónico: _____ Podemos enviar la encuesta a la dirección física? Si/No

BENEFICIOS DE TOMAR PARTE EN EL ESTUDIO

Con las dificultades crecientes de conseguir fondos para los servicios, la encuesta de seguimiento telefónica proveerá la información necesaria para presentar una imagen de los beneficios duraderos del tratamiento del SUD a financiadores. Esto le dará la mejor oportunidad para la financiación permanente para el futuro tratamiento de SUD. Además, al participar en la encuesta de seguimiento, el tratamiento de SUD será probable de mejorar en base a las respuestas que sean proporcionadas para hacerlo más efectivo.

CONTACTOS PARA PROBLEMAS O PREGUNTAS

Si tiene alguna pregunta sobre el estudio, cualquier inquietud, problemas inesperados, o cree que algo inusual o inapropiado está ocurriendo, por favor contacte al Director Clínico de la Agencia de Proveedores o Relaciones de Proveedores al (800) 922-3406.

Consentimiento del participante (o representante legalmente autorizado)

Firma del participante o el representante

Fecha

Al momento de firmar, el participante recibirá una copia de este formulario y el original se mantendrá en el record de tratamiento de los participantes. Si no consiente ser contactado(a) para la encuesta de seguimiento, por favor claramente escriba "Rechazo" y sus iniciales en la línea de firma, también agregue la fecha.