

# CONSENTIMIENTO DE PARTICIPACIÓN EN LA EVALUACIÓN EN UN LUGAR DE JUSTICIA

**[ENTREGUE ESTA PAGINA AL CLIENTE PARA QUE LA CONSERVE]**

## **Información Clave**

1. Esta evaluación es sobre el tratamiento y/o servicios de recuperación que recibirá como parte del programa de Respuesta a Opioides del Estado de Virginia (SOR, iniciales en inglés). Estamos interesados en comprender cómo los servicios que recibe afectan la salud mental, uso de sustancias, y comportamientos relacionados.
2. Participación en la evaluación es completamente voluntaria.
3. La evaluación incluye tres encuestas (admisión, salida, y seguimiento seis meses después de la admisión), y cada encuesta le tomará 40 minutos a lo sumo.
4. Es posible que le hagan preguntas sobre temas sensibles sobre el uso de drogas y alcohol, actividad sexual, o salud mental. Estas preguntas pueden causar aflicción cuando usted piense en sus experiencias. Puede saltar cualquier pregunta que no quiere responder.
5. No hay beneficios directamente para usted de participar en esta evaluación. Sin embargo, los resultados pueden apoyar la comunidad del tratamiento y recuperación del uso de sustancias.
6. Esta evaluación y los servicios de tratamiento y recuperación que está recibiendo, por parte de SOR, están fundados por el Subsidio de Respuesta a Opioides que está financiado por la Administración de Servicios por Abuso de Sustancias y Salud Mental (SAMHSA, iniciales en inglés) del gobierno federal.

## **¿Por qué me invita participar en esta evaluación?**

Se le ofrecen servicios de tratamiento y/o recuperación del uso de sustancias por parte del programa de Respuesta a Opioides del Estado de Virginia, un proyecto financiado por la Administración de Servicios por Abuso de Sustancias y Salud Mental (SAMHSA, iniciales en inglés). Se le pide participar en una evaluación de los servicios de tratamiento y/o recuperación que recibe para comprender qué bien funcionan para la gente. **Esta evaluación es voluntaria.** Si usted decide no participar, todavía puede recibir los servicios. **Su decisión sobre participar en esta evaluación no tendrá ningún impacto en ninguno de sus casos legales actuales o pendientes.** La evaluación tiene como objetivo encontrar si los servicios de tratamiento y recuperación afectan la salud mental, uso de sustancias, y comportamientos relacionados.

## **¿Cuántas personas participarán en la evaluación?**

Esta evaluación tomará lugar en todos los 40 Comités de Servicio Comunitarios en Virginia y a través de varios entornos de justicia (cárceles, tribunales de recuperación, etc.). La evaluación incluirá aproximadamente 3,000 personas que entran a servicios de tratamiento y/o recuperación por parte de Subsidio SOR empezando octubre 2020 a septiembre 2022.

## **¿Qué información se recopilará para la evaluación?**

Si usted acepta participar en esta evaluación, se le pedirá que comparta información sobre su edad, género, y raza/etnicidad. También se le preguntará acerca de cosas como su situación de vivienda, salud física o mental, consumo de alcohol o drogas, tratamiento recibido, problemas con la justicia penal, su educación, si trabaja, y sus ingresos. Información sobre cualquiera servicio de tratamiento y/o recuperación que usted reciba también estará recopilada.

### **¿Que pasará con la información que recopilará para la evaluación?**

La información será recopilada por la instalación de la cual está recibiendo servicios de tratamiento y recuperación y compartida con OMNI Institute, una organización de investigación y evaluación en Denver, CO que fue contratado por Virginia para dirigir esta evaluación. Su nombre no será compartido con OMNI Institute, solamente un número de identificación que esta usado en su historia médica.

**La información que comparte solo se utilizará para esta evaluación y se mantendrá confidencial.** La información que usted provea será combinada con información de otros en el programa para asegurar que **resultados de la evaluación no pueden ser conectado a usted individualmente.** Las leyes federales y estatales exigen que el personal de cada agencia asociada proteja la privacidad de su información. Los informes de evaluación no utilizan ningún nombre u otra información que pudiera identificarlo a usted personalmente. El equipo de evaluación usa protocolos cuidadosos para mantener la confidencialidad de su información y minimiza el riesgo del perdido de privacidad.

Existen excepciones a la confidencialidad. Si usted dice algo que nos haga sospechar que ha ocurrido abuso o negligencia con un menor o un adulto mayor, tenemos que reportarlo a los Servicios de Protección de Menores o a los Servicios de Protección de Adultos. Además, si usted nos dice que se quiere hacer daño o hacerle daño a alguien más, tenemos que reportar eso para conseguirle ayuda.

### **¿Cuánto tiempo estaré en la evaluación?**

Se le pedirá completar una encuesta de admisión, una encuesta seguimiento aproximadamente 5-8 meses de ahora, y una encuesta cuando termines los servicios. Cada encuesta puede dura 40 minutos para completar. Usted está considerado parte de la evaluación hasta que ha completado las tres encuestas o **hasta el período del subsidio finalice (estimado para el 31 de mayo, 2023).**

### **¿Cuáles son los riesgos si participo en la evaluación?**

Esta evaluación no incluye pruebas médicas o procedimientos. Por esta razón, el riesgo de daño físico es bajo. Puede que se le hagan preguntas sobre temas sensibles como consumo de alcohol y drogas, actividad sexual o salud mental. Estas preguntas pueden ser estresantes para usted al pensar en sus experiencias. **Usted puede saltarse cualquier pregunta que no quiera responder y no hay penalización por hacerlo.** También, puede decidir en dejar la evaluación en cualquier momento.

Por su participación en el sistema de justicia, se le considera una "población vulnerable". Por esa razón, el equipo de evaluación ha tomado medidas adicionales para limitar sus riesgos:

- Si usted está encarcelado, su decisión de participar o no participar, no afectará su fecha de liberación, elegibilidad para la libertad condicional o términos de libertad condicional.
- Si usted está encarcelado y decide no participar o deja de participar en la evaluación, continuará recibiendo los servicios de tratamiento pagados por esta subvención.
- Su tratamiento no está determinado por su participación en la evaluación. Seguirá recibiendo los servicios proporcionados por esta subvención en caso de que decida no participar en el proceso de recopilación de datos en cualquier momento.
- La persona que le hará preguntas como parte de la evaluación no es un oficial de la ley o asesor legal. Son personal de apoyo involucrados en su tratamiento. La información que comparte con ellos no se compartirá con ninguna persona en el sistema de justicia. Toda la información se mantendrá confidencial y solo se compartirá con el equipo de evaluación.

**¿Cuáles son los beneficios si participo en la evaluación?**

Los datos que usted proporciona puede que beneficien a la comunidad del tratamiento y recuperación y futuros pacientes. Los hallazgos tienen el potencial de llevar a un mejor entendimiento de los resultados de tratamientos y factores asociados con el éxito de recuperación de trastornos por uso de sustancias.

**¿Qué otras opciones hay?**

Esta evaluación es voluntaria. Si usted no quiere participar en la evaluación, igual puede recibir servicios de tratamiento y recuperación provistos por este subsidio.

**¿Cómo afectara mis derechos legales por participar en esta evaluación?**

No perderá ningunos derechos legales por estar de acuerdo participar en esta evaluación o por cualquiera de sus respuestas a las preguntas.

**¿Puedo dejar de participar en la evaluación?**

**Usted pueda dejar de participar en la evaluación en cualquier momento.** Para dejar la evaluación, preguntale a su proveedor de tratamiento que se retire de la evaluación o comuníquese con Julia Simhai en OMNI Institute, [jsimhai@omni.org](mailto:jsimhai@omni.org) o al (303) 839-9422 extensión 137. El equipo de evaluación eliminará su información de los datos de la evaluación y no los utilizará en ningún informe que preparen después de su llamada. Ellos no se comunicarán con usted para ninguna de las encuestas de seguimiento, pero no perderá ninguno de los beneficios o servicios de cualquier proveedor médico.

**¿Con quién puedo comunicar preguntas, preocupaciones, o quejas?**

Si tiene preguntas, preocupaciones, o quejas, por favor comuníquese con Julia Simhai en OMNI Institute, [jsimhai@omni.org](mailto:jsimhai@omni.org) o al (303) 839-9422 extensión 137.

*[Page left blank to allow consent form to be removed from packet.]*

# CONSENT SIGNATURE FORM

***[OBTAIN SIGNATURE FROM CLIENT AND SAVE THIS FORM IN CSB RECORDS SEPARATE FROM THE INTAKE SURVEY DATA.]***

## **Consentimiento del Paciente y Derechos Legales**

He leído la información anterior o esta me ha sido leída. Me han explicado la evaluación, y han respondido a satisfacción todas mis preguntas. Mediante la firma de este consentimiento, estoy de acuerdo con los siguientes puntos:

- Estoy de acuerdo con participar en esta evaluación y la institución de tratamiento puede utilizar la información personal que doy en la entrevista con fines de evaluación.
- Esta institución de tratamiento puede también contactarme en seis meses y pedirme una entrevista. En ese momento puedo decidir si quiero ser entrevistado.
- Esta institución de tratamiento puede recopilar información sobre los servicios de tratamiento y recuperación que recibo a través de este programa de tratamiento.
- Doy permiso a esta institución de tratamiento para que me contacte a partir de los nombres e información de contacto que doy, así como para contactar al administrador del caso o a proveedores de servicios que hayan trabajado conmigo como parte de este subsidio, para pedirles actualizar mi información de contacto.

Yo estoy firmando voluntariamente este formato. Yo recibiré una copia de este formato de consentimiento. Al firmar este formato no estoy renunciando a ninguno de mis derechos legales. Si yo decido no participar o salirme de la evaluación, no hay penalidad.

**NOMBRE EN IMPRENTA DEL PARTICIPANTE:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**Firma del participante**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**

\_\_\_\_\_  
**Firma de la persona realizando la admisión en la evaluación**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**