CONSENTIMIENTO VERBAL DEL CLIENTE JOVEN PARA PARTICIPAR EN LA ENCUESTA SUPRT

¿Está respondiendo por su hijo como cuidador o miembro de la familia? Este formulario se diseñó para jóvenes (personas de 12 a 17 años) que responden por sí mismos. Si este no es su caso, solicite a su proveedor el formulario para cuidadores o miembros de la familia, o el formulario para adultos (18 años o más).

¿De qué trata este formulario?

La Administración de Salud Mental y Abuso de Sustancias (Substance Abuse Mental Health Services Administration, SAMHSA) financia parte de sus servicios de salud conductual. La SAMHSA recopila esta información para monitorear y mejorar los servicios en su comunidad y en todo el país. Su respuesta a estas preguntas ayudará a la SAMHSA y a su proveedor.

¿Cómo se utiliza mi información?

La SAMHSA no recopila su nombre ni información que pueda identificarlo. La Ley de Privacidad de 1974, Título 5 del Código de los Estados Unidos (United States Code, USC), sección 552a, también requiere que la SAMHSA proteja la privacidad de su información.

La SAMHSA recopila esta información de todas las personas que completaron el formulario. Además, busca tendencias o patrones en los datos. También combina la información recopilada para ver si es necesario mejorar los servicios.

¿Tengo que completar este formulario?

No. No es necesario que complete este formulario. Esto no dará como resultado ninguna pérdida de servicios o beneficios. Si decide participar, puede hacer lo siguiente:

- Omitir las preguntas que no desee responder.
- Dejar de completar el formulario en cualquier momento.

¿Cuánto tiempo lleva completar el formulario?

Debería llevarle entre 5 y 10 minutos.

¿Cómo acepto participar?

Al responder las siguientes preguntas de la encuesta, usted acepta participar.

Preguntas: Si tiene alguna pregunta sobre la encuesta de la Herramienta Unificadas del Informe de Desempeño de SAMHSA (SAMHSA Unified Performance Reporting Tool, SUPRT), comuníquese con Aurrera Health Group mediante correo electrónico a DHCSReporting@aurrerahealth.com.

ID de la SUPRT para Clientes: _____

El cliente acepta participar en la SUPRT:
☐ Sí ☐ No

Si el cliente es menor de 18 años, ¿ha obtenido el consentimiento de un padre, una madre o un tutor legal?
☐ Sí ☐ No

Le he explicado qué es la SUPRT a esta persona y he respondido todas las preguntas que tenía. Creo que la persona comprende la encuesta y ha dado su consentimiento para participar.

Miembro del personal que solicita el consentimiento (nombre en letra imprenta): _____

Miembro del personal que solicita el consentimiento (firma): _____

Fecha: _____

El tiempo promedio estimado para completar este formulario es de 5 a 10 minutos por respuesta. Envíe comentarios sobre este tiempo promedio estimado, o cualquier otro aspecto de esta recopilación de información, al Oficial de Aprobación de Informes de la Administración de Salud Mental y Abuso de Sustancias (SAMHSA), Sala 15E57B, 5600 Fishers Lane, Rockville, MD 20857. Ninguna agencia podrá llevar a cabo ni patrocinar una recopilación de información, así como ninguna persona estará obligada a responderla, a menos que muestre un número de control válido y vigente de la Oficina de Administración y Presupuesto (Office of Management and Budget, OMB). El número de control para este proyecto es 0930-0400.