

Por favor responde a las siguientes preguntas lo mejor que pueda. No calificaremos este examen – usaremos sus respuestas para asegurarnos de que usted conozca sus derechos como participante en este estudio y comprenda de que se trata el proyecto.

Participación en este estudio de investigación no es mi decisión.

- Cierto
- Falso

Puedo salir o alejarme de este estudio en cualquier momento sin perder los servicios de reducción de danos o cualesquiera otras consecuencias negativas.

- Cierto
- Falso

Cualquier información que yo le proporcione al personal del estudio puede ser compartido con cualquier persona que lo pida, sin mi permiso.

- Cierto
- Falso

Durante los primeros dos meses, pedirán que yo complete evaluaciones en persona semanalmente.

- Cierto
- Falso
- El seguimiento incluye 3 evaluaciones a los 3-, 6-, y 12-meses después de completar la parte principal del estudio.Cierto
- Falso

Todas las publicaciones del estudio me mencionarán por mi nombre.

- Cierto

- Falso

Puedo comunicarme con la Dr. Jordan (Investigadora Principal del estudio), el New York University Langone Health Human Investigations Committee, u otros miembros del equipo de investigacion si tengo alguna pregunta sobre el estudio o mis derechos como participante.

- Cierto
- Falso

Por favor devuelva la tableta al Representante de Salud de la Comunidad.