



CNSNT

**CONSENTIMIENTO PARA PARTICIPAR EN EL PROGRAMA
PROYECTO IMPACT DE CHRISTIANACARE
(CONSENT TO PARTICIPATE IN CHRISTIANACARE'S PROJECT IMPACT PROGRAM)**

Side 1 of 2

Firmando este formulario, reconozco que leí, entendí y estoy de acuerdo con estos términos de servicio, incluyendo todos los flujos de trabajo y actividades relevantes expresadas en este consentimiento. También reconozco que recibí, leí, entendí y estoy de acuerdo con la información sobre el programa Proyecto Impact, y que aprendí sobre él.

Yo, _____, _____, solicito y autorizo que ChristianaCare
(padre/tutor de) (nombre del niño)

nos registre para participar en el programa Proyecto Impact, y que comparta la hora, la fecha, el lugar y los recursos que necesitaré para participar en las sesiones de apoyo del programa Proyecto Impact.

TERMINACIÓN DEL PROGRAMA PROYECTO IMPACT

El programa terminará automáticamente seis meses después del programa de doce semanas. Los participantes serán expulsados del programa por estas razones: falta de participación, no completar las tareas, no practicar la lectura y resolución de problemas con el coach, y no asistir a sesiones sin previo aviso o comunicación. Entiendo que, antes de que termine mi participación, el comité del proyecto intentará comunicarse conmigo llamando al número de teléfono que les di a los administradores del programa cuando me registré. Si no pueden comunicarse conmigo por teléfono, enviarán una carta a mi familia por correo. Las familias que hayan sido expulsadas del programa por alguna de las razones de arriba pueden volver a registrarse en el programa cuando estén listas para volver a comenzar. Será necesario que vuelvan a hacer el proceso de admisión.

GRABACIÓN CON FINES EDUCATIVOS Y PARA FUTURAS SESIONES

Los coaches de Proyecto Impact pueden grabar las sesiones para educar a los cuidadores sobre las intervenciones que se usan. Los coaches también pueden usar las grabaciones con fines educativos para el personal, pasantes y otras familias que participan en el programa. Guardaremos las grabaciones hasta por dos (2) años y, después, destruiremos los datos de audio y video de manera segura. Si la familia permite que el personal del programa Proyecto Impact grabe las sesiones de intervención mediadas por los padres, le entregarán otro formulario de consentimiento por separado.

RIESGOS

Entiendo y acepto que no hay garantía de un resultado específico de los servicios de atención médica prestados. Proyecto Impact es un programa que se basa en pruebas y en el que se hacen intervenciones mediadas por los padres. Por lo tanto, será necesario que se establezcan condiciones en casa y que haya una participación activa de las familias para que puedan beneficiarse al máximo del programa. Proyecto Impact exige dedicar una cantidad de tiempo importante a las sesiones y a completar las tareas semanales para la casa. Uno de los riesgos de participar en el programa es no poder recuperar el tiempo que se dedica al programa.

Este programa se puede dar por telesalud. En la actualidad, hay pocas investigaciones que demuestren la efectividad del programa por telesalud. Los proveedores no están certificados para hacer este tipo de intervención; sin embargo, tienen experiencia en el uso de intervenciones con esta modalidad. Por otra parte, hay un riesgo de lesiones por accidente durante las sesiones o las actividades de juego. Además, como con la mayoría de los gastos de atención médica, es posible que la familia no pueda recuperar el dinero que gastó en el programa. Es posible que la familia tenga que pagar copagos o facturas médicas si no tiene una póliza de seguro médico.

RESPONSABILIDAD ECONÓMICA

Las sesiones se facturarán mediante el seguro médico como terapia familiar, terapia multifamiliar o terapia individual. Es posible que la familia tenga copagos por sesión, según su póliza de seguro médico. La familia debería consultar con su compañía de seguros para ver cómo se cubren las sesiones de terapia y cada cuánto tiempo se pueden recibir los servicios. Esto podría ayudar a las familias a elegir la modalidad de los servicios. También se espera que, antes de comenzar el tratamiento, los padres compren un manual para padres, ya sea impreso o en formato PDF, en Guilford Press o en Amazon. El costo estimado es de \$30.00. Comuníquese con MAP si tiene un problema económico para que lo ayude a resolver su problema.

**CONSENTIMIENTO PARA PARTICIPAR EN EL PROGRAMA
PROYECTO IMPACT DE CHRISTIANACARE
(CONSENT TO PARTICIPATE IN CHRISTIANACARE'S PROJECT IMPACT PROGRAM)**

Side 2 of 2

OTRAS RESPONSABILIDADES

Además de la responsabilidad económica, estas responsabilidades son importantes para completar el programa con éxito:

Participación: Es necesario que un cuidador designado participe en todas las sesiones. Otros familiares y cuidadores pueden asistir a las sesiones; sin embargo, el cuidador principal debe participar en todas las sesiones. Es necesario que el cuidador practique competencias y complete lecturas y tareas para la casa con el niño entre las sesiones. \

Necesidades tecnológicas: Las familias necesitan tener Zoom u otra tecnología de videoconferencia con componentes audiovisuales para participar en las sesiones de telesalud. Los participantes necesitan una dirección de correo electrónico válida y acceso a internet.

Espacio: Aunque no es obligatorio, recomendamos a las familias que designen un espacio en su casa para que los coaches del programa Proyecto Impact puedan lograr sesiones más efectivas.

CUMPLIMIENTO DEL PROGRAMA

Los coaches del programa Proyecto Impact entregarán un certificado de cumplimiento a las familias y a sus hijos, que representa un logro y sirve como base para futuros tratamientos y sesiones de terapia.

Certifico que leí lo indicado arriba, o que alguien me lo leyó, y que lo entendí. Además, me dieron la oportunidad de hacer preguntas, y las respondieron de manera satisfactoria.

Firma del paciente <i>(Signature of Patient)</i>	Número de teléfono <i>(Telephone Number)</i>	/ /	Fecha <i>(Date)</i>	/	Hora <i>(Time)</i>
Firma del representante legal <i>(Signature of Legal Representative)</i>	Relación con el paciente <i>(Relationship to Patient)</i>	/ /	Fecha <i>(Date)</i>	/	Hora <i>(Time)</i>
Firma del médico o proveedor <i>(Doctor or Provider Signature)</i>	Nombre en letra de molde o número de identificación del médico o proveedor <i>(Doctor or Provider Print Name or ID#)</i>	/ /	Fecha <i>(Date)</i>	/	Hora <i>(Time)</i>
Firma del testigo <i>(Witness Signature)</i>	Nombre en letra de molde del testigo <i>(Witness Print Name)</i>	/ /	Fecha <i>(Date)</i>	/	Hora <i>(Time)</i>

Telephone Consent:

Nombre de la persona que dio el consentimiento <i>(Name of person providing consent)</i>	Relación con el paciente, si es el encargado de tomar decisiones <i>(Relationship to Patient if Decision Maker)</i>
Firma del testigo <i>(Witness Signature)</i>	/ / Fecha <i>(Date)</i> / Hora <i>(Time)</i>
Firma del testigo <i>(Witness Signature)</i>	/ / Fecha <i>(Date)</i> / Hora <i>(Time)</i>

Interpretation: The information has been presented to the: patient representative decision maker in: _____
The person who provided the interpretation is a qualified medical interpreter. Language _____

Interpreter Name	Agency and ID# (if applicable)
Witness Signature	Print Name / / Date Time