

ENCUESTA NACIONAL DE EXAMEN DE SALUD Y NUTRICIÓN

CONSENTIMIENTO/ASENTIMIENTO Y PERMISO DE LOS PADRES PARA EL EXAMEN EN EL CENTRO MÓVIL DE EXAMEN

Nombre impreso del participante _____

Primer Nombre

Segundo nombre

Apellido

PADRE/MADRE O TUTOR DE PARTICIPANTE DE LA ENCUESTA MENOR DE 18 AÑOS DE EDAD:

Para el padre, la madre o el tutor del participante de la encuesta menor de edad (a menos que el participante sea un menor emancipado)

He leído el folleto de exámenes y la lista de mediciones de salud, las cuales explican la naturaleza y propósito de la encuesta. Decido libremente dejar que mi hijo(a) participe en la encuesta.

Firma del padre/madre o tutor

Fecha

PARA LOS PADRES O TUTORES DEL PARTICIPANTE EN LA ENCUESTA DE 12 A 17 AÑOS DE EDAD (marque la casilla):

Acepto que se grabe la entrevista de mi hijo(a) acerca de su estado de salud actual, su alimentación y sus comportamientos de salud para fines de control de calidad.

No acepto que se grabe la entrevista de mi hijo(a) acerca de su estado de salud actual, su alimentación y sus comportamientos de salud para fines de control de calidad.

PARTICIPANTE DE LA ENCUESTA DE 12 AÑOS DE EDAD O MAYOR:

He leído el folleto de exámenes y la lista de mediciones de salud, las cuales explican la naturaleza y propósito de la encuesta. Decido libremente participar en la encuesta.

Firma del participante

Fecha

Si usted tiene 18 años o más y no desea recibir un informe por escrito de los resultados de su examen, marque aquí .

PARTICIPANTE DE LA ENCUESTA DE 7 A 11 AÑOS DE EDAD:

Tus padres dicen que puedes participar en esta encuesta especial. Acabas de leer acerca de la encuesta en este folleto.

Si quieres participar en la encuesta, escribe tu nombre aquí abajo.

Firma del participante

Fecha

Observé que el entrevistador le leyó este formulario a la persona nombrada arriba y él/ella aceptó participar al firmar o marcar este formulario.

Testigo (si es requisito)

Fecha

Nombre del miembro del personal en cuya presencia se firmó este formulario: _____

Garantía de confidencialidad – Tomamos su privacidad con mucha seriedad. Toda la información que describe o se relaciona con características que pueden identificar a personas o establecimientos se usará únicamente con fines estadísticos. El personal, los contratistas y los agentes del NCHS no divulgarán ni darán a conocer respuestas que puedan identificar a alguien sin el consentimiento de la persona o establecimiento de acuerdo con el artículo 308(d) de la Ley de Servicio de Salud Pública (42 U.S.C 242m(d)) y la Ley de Protección de Información Confidencial y Eficiencia Estadística del 2018 (CIPSEA Public Law No. 115-435, 132 Stat. 132 5529 Sec. 302)). De acuerdo con CIPSEA, cada empleado, contratista y agente del NCHS ha hecho un juramento y está sujeto a encarcelamiento por un término hasta de cinco años, una multa hasta de \$250,000, o ambos, si intencionalmente divulga CUALQUIER información que le identifique a usted. Además de las leyes que se citan anteriormente, NCHS cumple con la Ley Federal de Alta Seguridad Cibernética de 2015 (6 U.S.C. §§ 151 and 151 note) que protege los sistemas informáticos federales para identificar riesgos de seguridad cibernética al revisar las redes.