**Universidad de Carolina del Norte – Chapel Hill**

**Anejo de Consentimiento para Comunicación No-Encriptada** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Estudio del IRB #19-1713**

**Fecha de Versión de Consentimiento:** **14/04/2021**

**Título del estudio: Red de Clínicas de Transición: Tratamiento de adicciones después del encarcelamiento, atención médica y apoyo social (TCN PATHS)**

**Investigador(a) principal: Emily Wang**

**Departamento UNC-Chapel Hill: School of Social Medicine**

**Número de teléfono UNC-Chapel Hill: (919) 962-1136**

**Fuente de financiamiento y/o patrocinador: NIDA National Institute of Drug Abuse**

**Número de teléfono del centro local:**787-758-2525 ext. 4055

**Correo electrónico del centro local:**tcn.rcm@upr.edu

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

La siguiente información es en relación con la comunicación no-encriptada (ej. Textear or correos electrónicos) por el equipo de investigación y debe de leerse en adición a la información del consentimiento que ya fue provista. Toda la información que ya fue prevista sigue siendo cierta y se mantiene en efecto. Su participación sigue siendo voluntaria. Usted puede rehusarse a participar o puede retirar su consentimiento a participar en cualquier momento, por cualquier razón, sin poner en riesgo su cuidado futuro en su institución o su relación con el equipo de investigación.

El equipo de investigación desea escribirle por mensaje de texto, correo electrónico y medios sociales, sin embargo, usted puede decir “no” a recibir este tipo de mensaje y aún participar en el estudio. Si usted dice “sí”, los mensajes pudieran contener información personal sobre usted y se le podrían enviar mensajes desde los equipos electrónicos personales del equipo de investigación, o de una forma que no pueda necesariamente encriptarse (protegerse) por lo que existe el riesgo de que su información se comparta fuera de usted y del equipo de investigación. Esta información puede incluir recordatorios o notificaciones para contactar el equipo de investigación. El equipo de investigación no va a incluir ninguna información protegida de salud (PHI) en estas comunicaciones.

Si desea dejar de recibir comunicación no-encriptada de parte del equipo de Investigación, o ha perdido el acceso a su dispositivo, por favor notifique al equipo de investigación, utilizando la información de contacto en la primera página de este formulario de consentimiento. Luego de que el estudio se complete y se terminen todas las actividades de Investigación, o usted se retire del estudio, o solicite que se le deje de enviar comunicación no-encriptada, usted no recibirá más mensajes no-encriptados (desprotegidos) específicos a este estudio.

 Sí, doy mi consentimiento para que el equipo del estudio utilice el siguiente número de teléfono móvil para enviar comunicaciones:

 Sí, doy mi consentimiento para que el equipo del estudio utilice la siguiente dirección de correo electrónico para enviar comunicaciones: \_

 Sí, doy mi consentimiento para que el equipo del estudio utilice las siguientes cuentas de redes sociales para enviar comunicaciones (incluya el nombre de la cuenta o el nombre del usuario):

Facebook: Instagram: Snapchat:

Twitter: WhatsApp: Otros:

 No, no doy mi consentimiento para recibir comunicaciones no protegidas del equipo del estudio.

 **Acuerdo del participante:**

He leído la información provista arriba. He hecho todas las preguntas que tengo hasta el momento. Voluntariamente acepto seguir la participación en este estudio de investigación.

I have read the information provided above.  I have asked all the questions I have at this time.  I voluntarily agree to continue to participate in this research study.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_                          \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del participante                                                                             Fecha

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre en molde del participante

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_                          \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del miembro del equipo de Investigación que obtiene consentimiento Fecha

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre del miembro del equipo de Investigación que obtiene consentimiento