



## Ejemplo de consentimiento para la entrevista parental

### Propósito de la entrevista

**(NOMBRE de la agencia patrocinadora)** está llevando a cabo un Programa de Revisión de Mortalidad Fetal e Infantil (FIMR). El propósito de este programa es identificar formas en que podamos fortalecer los sistemas de atención y recursos disponibles para las familias, para prevenir muertes futuras. Hablamos con los padres y las familias que han sufrido una pérdida recientemente, con la esperanza de aprender sobre cómo podemos evitar que otras familias experimenten dicha pérdida. Su participación es voluntaria. Si acepta participar, un entrevistador entrenado de **(nombre del organismo patrocinador)** escuchará su experiencia y le preguntará algunas preguntas sobre la muerte de su bebé y sobre su embarazo, salud, familia y uso de la atención médica y los servicios sociales. La entrevista se llevará a cabo en su hogar, por teléfono o en el lugar y hora que le convenga a usted. La entrevista durará aproximadamente una hora. Aunque usted y su familia puedan o no beneficiarse directamente de la participación en este programa, su participación puede ayudar a evitar que otras familias pierdan sus bebés en el futuro.

### Descripción del riesgo potencial

Hablar sobre la muerte de su bebé puede ser triste o difícil para usted. El entrevistador no es un consejero profesional, pero si lo desea, le dará los nombres de personas profesionales que pueden ayudarlo a lidiar con la pérdida de su bebé. Si durante la entrevista, usted siente que no desea continuar, puede pedirle en cualquier momento al entrevistador que detenga la entrevista. También puede optar por no responder alguna pregunta específica. No hay ningún riesgo de lesiones esperado para los participantes en este estudio.

### Descripción de los beneficios potenciales

La participación en la entrevista puede ser una experiencia positiva para usted. Puede descubrir que hablar sobre la muerte de su bebé le puede ayudar a aliviar el dolor de su pérdida. Además, la información que proporcione a este programa puede ayudar a prevenir la pérdida de un bebé para otras familias.

### Confidencialidad de información

Toda la información que le identifique a usted, a su familia o a sus proveedores de salud serán eliminados antes de revisar el cuestionario de la entrevista. Todo el personal y consultores de la Revisión de Mortalidad Fetal e Infantil han firmado un juramento de confidencialidad. Por lo tanto, la confidencialidad estará protegida en la medida permitida por la ley. Su información solo se compartirá con el equipo multidisciplinario de la comunidad.

### Reportero por Obligación

El entrevistador de FIMR es, por ley, reportero por obligación. Se hará todo lo posible para que toda la información que comparta con el programa sea confidencial y anónima. Sin embargo, si durante la entrevista se revela abuso o negligencia de su bebé, o sospecha de abuso o negligencia de niños

sobrevivientes en el hogar, el entrevistador debe cumplir con la ley estatal para informarlo a la Agencia de Bienestar Infantil correspondiente.

**Participación voluntaria**

Su participación en este programa es completamente voluntaria y puede negarse a responder cualquier pregunta que no desee responder. También puede finalizar la entrevista en cualquier momento sin consecuencias para usted o su familia.

**Preguntas**

Si tiene alguna pregunta acerca de la entrevista o el Programa de Revisión de Mortalidad Fetal e Infantil, puede llamar al **(Nombre de la persona de contacto)** , por cobrar a **(nombre de agencia patrocinadora) o al (número de teléfono de contacto).**

**Consentimiento**

He leído este formulario y entiendo el propósito y las condiciones para participar en el Programa de Revisión de Mortalidad Fetal e Infantil. Estoy de acuerdo en participar en una entrevista. Yo entiendo que toda la información obtenida en la entrevista será estrictamente confidencial, y que ni mi nombre, el nombre de mi bebé ni el nombre de cualquier otra persona en mi familia va a aparecer en ninguna de las publicaciones o informes, ni se dará dicha información a nadie más.

<b>Consentimiento para divulgar nombre e información de contacto (Opcional)</b>
Doy mi consentimiento para que mi nombre e información de contacto se divulguen con el fin de derivar servicios adicionales:
<b>Fecha</b> _____ <b>Firma</b> _____
Doy mi consentimiento para recibir futuras visitas de seguimiento del personal de FIMR. Entiendo que estos son voluntarios, y puedo suspender estos servicios en cualquier momento.

**Nombre:**

\_\_\_\_\_  
**Firma:**

\_\_\_\_\_  
**Fecha:**

\_\_\_\_\_  
**Nombre del entrevistador:**

\_\_\_\_\_  
**Firma del entrevistador:**

\_\_\_\_\_  
**Fecha:**

\_\_\_\_\_