

Proyecto de Seguimiento para el Tratamiento con los problemas de apuestas

Instrucciones de consentimiento del participante para proveedores

1. Presente el proyecto a su nuevo cliente. Siéntase libre de usar sus propias palabras para presentarle a los clientes este importante proyecto o use el siguiente guion como guía de su presentación:

“Nuestra agencia participa en un proyecto fascinante que se basa en los comentarios de los clientes para mejorar los servicios de tratamiento para los problemas con apuestas en todo el estado de Oregon. Se les pide a todos los clientes que realicen tratamientos con problemas de apuestas en Oregon que compartan su experiencia con un equipo de investigación independiente del estado. Su participación no solo se usará para ayudar a futuros clientes, sino que también le brinda apoyo adicional brindándole un investigador clínico que se comunica periódicamente con usted durante un período de hasta dos años, incluso después de que finalice su tiempo aquí.

La participación implicaría completar encuestas periódicas por teléfono durante dos años para obtener más información sobre qué tan útil fue su tratamiento y qué se podría hacer mejor. Dar su consentimiento para participar ayudará a mejorar el tratamiento con los problemas de apuestas a otros residentes de Oregon y puede optar por dejar de participar en cualquier momento y esto nunca afectará la atención que recibe aquí conmigo.

Hay más información del equipo de evaluación aquí [proporcionar el formulario de consentimiento], y notará que se pone mucho énfasis en su privacidad; ni yo sabré como responde a las encuestas. La información que proporcione se utilizará para mejorar los servicios con los problemas de apuestas a otros residentes de Oregon”.

2. Asegúrese de que el cliente marque una de las casillas en la parte superior de la página 2 del formulario de consentimiento indicando su:
 Dispuesto a participar o NO quiere participar
3. Si da su consentimiento para participar:
 - a. Por favor, asegúrese de que se completen los campos restantes.
 - b. Aliente al participante para que agende nuestro número de contacto en su teléfono para evitar que nuestras llamadas se clasifiquen como spam o se ignoren números desconocidos.
 - i. Nombre del contacto del proyecto: Paige Vazquez (*si el cliente prefiere ingresar un nombre que le indique que se trata del proyecto, puede ingresar "PGS", "Evaluador", "Paige PGS", etc.*)
 - ii. Número de contacto del proyecto: **503-270-3902** (*Nota: esta línea solo se usa para el proyecto de seguimiento*)
 - c. Complete las preguntas en la última página, lo que nos ayudará a asegurarnos de vincular la identificación del participante de la investigación con la identificación correcta de PG Net.
 - d. Recomendamos cargar una copia en el historial del cliente, ya que el formulario sirve como consentimiento del cliente para la divulgación de información (Release of Information, ROI) o puede optar por obtener un ROI por separado.
4. Independientemente de si el cliente indicó "Sí" o "No", envíe por fax el formulario de consentimiento al equipo de evaluación al **1-503-270-3980**.



Si no tiene acceso a un fax, puede enviar una copia del formulario de consentimiento completo a través del correo electrónico que cumpla con los requisitos de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA) de su agencia a ***PG_Tx_Evaluation@problemgamblingsolutions.com*** (asegúrese de que esto se envía como un correo electrónico seguro).

Consentimiento para participar: evaluación de seguimiento

Para asegurarse de que usted y los demás reciban la mejor atención posible, es importante realizar evaluaciones de los servicios y comprender mejor qué factores están relacionados con los resultados. Al participar en este esfuerzo de evaluación, se le pedirá que brinde información sobre su experiencia con el tratamiento, los cambios que pudo haber realizado y cómo le está yendo en diferentes aspectos de su vida. La evaluación que se lleva a cabo en la actualidad está financiada por la Oregon Health Authority (OHA) junto a un equipo de investigadores con formación clínica e independientes de Problem Gambling Solutions, Inc., con sede aquí en Oregon. Nos gustaría invitarle a participar en nuestra evaluación de seguimiento porque la información sobre su tratamiento y experiencia de vida es fundamental para mejorar los programas en todo el estado y aumentar nuestra comprensión del cambio.

Sobre todo, son importantes su privacidad y confianza. **Todos los miembros del equipo se cumplen estrictas medidas de confidencialidad**, lo que significa que su nombre u otra información identificable nunca se comparte con otras personas; ni siquiera su consejero recibirá información identificable. El único caso en el que se puede violar la confidencialidad es cuando se informe una amenaza inminente a la seguridad de alguien, incluida la suya propia, en cuyo caso analizaremos con usted los pasos que tomaremos para ayudarlo a protegerse contra daños a usted o a otros. Los protocolos adoptados para garantizar su privacidad incluyen el almacenamiento seguro de archivos y datos, la verificación de su identidad cuando llamemos antes de revelar el contenido de la llamada y la confirmación de que se encuentra en un lugar privado donde se siente cómodo brindando información.

Dar su consentimiento para participar en este estudio longitudinal significa que está dispuesto a hablar con los miembros del equipo de investigación varias veces en el transcurso de dos años, comenzando con una llamada inicial poco después de que dé su consentimiento para participar y hasta 12 meses después de finalizar su tratamiento. Su participación constante en el estudio permite que el equipo de investigación comprenda mejor los procesos de cambio a lo largo del tiempo. Se le harán preguntas sobre cómo le está yendo, qué le parece útil y sobre cualquier consejo que tenga sobre cómo ayudar mejor a otras personas con problemas relacionados con las apuestas. Las llamadas telefónicas, o si prefiere reuniones por video, con un miembro del equipo de investigación se llevarán a cabo principalmente mediante la programación de citas de 10 minutos que se organizan a través de correos electrónicos y mensajes de texto. Tenga en cuenta que su información de contacto se almacena por separado de cualquiera de las respuestas que proporcione durante las llamadas telefónicas de evaluación; la información provista a continuación se usa únicamente para contactarle acerca de este proyecto y no se comparte con nadie fuera del equipo de evaluación.

Al dar su consentimiento para participar en este proyecto, acepta que su consejero envíe por fax el formulario completo a nuestro equipo de evaluación y comprende que un miembro del equipo de evaluación se comunicará con usted dentro de una semana para analizar el proyecto con más detalle, abordar cualquier pregunta que tenga, y darle la bienvenida al proyecto. Durante su participación en el proyecto, puede negarse a responder cualquier pregunta que pueda incomodarle y **puede optar por no participar en el proyecto de evaluación en cualquier momento y esto no afectará la atención que recibe.**

La siguiente parte es para que la complete el cliente.

Marque una de las casillas a continuación para indicar si está dispuesto a participar en la evaluación de seguimiento descrita para mejorar el tratamiento en Oregon para aquellos que abordan problemas relacionados con las apuestas.

Dispuesto a participar NO quiere participar

Nombre: _____

Firma: _____

Fecha: _____

Si acepta participar, por favor complete los siguientes campos:

Número de teléfono celular: _____ Correo electrónico: _____

¿Le pueden dejar un mensaje de voz con un número de devolución de llamada? (Marque con un círculo) **S** / **N**

¿Le pueden enviar mensajes de texto para programar citas y proporcionarle recordatorios? (Marque con un círculo) **S** / **N**

¿Le pueden enviar correos electrónicos para programar citas y proporcionarle recordatorios? (Marque con un círculo) **S** / **N**

Número de respaldo (amigo o familiar al que podamos contactar en caso de que no recibamos respuestas suya durante dos semanas o más)

Nombre: _____ Relación: _____ Número de teléfono: _____

¿Estaría dispuesto a participar en futuras investigaciones sobre temas relacionados con las apuestas? (Marque con un círculo) **S** / **N**

En caso afirmativo, no compartiremos su información de contacto. Nos daría permiso comunicarnos con usted para informarle sobre posibles investigaciones y, si estuviera interesado, tendría que tomar la iniciativa de contactar al investigador para obtener más información y posiblemente inscribirse para participar en el proyecto.

La siguiente parte es para que la complete el proveedor.

Nombre de agencia: _____

Fecha de nacimiento del cliente (MM/DD/AAAA): ____/____/____

Número de identificación del cliente registrado en PG Net: _____

Una vez completada, envíe esta hoja por fax al **1-503-270-3980** o use un correo electrónico seguro para enviar esta hoja a: **PG_Tx_Evaluation@problemgamblingsolutions.com**

Julio de 2023