

Illinois Birth to Three Institute

Parents Too Soon Pregnant & Parenting Program

Ounce of Prevention Fund
Illinois Department of Human Services
Chicago Department of Family &
Support Services
Illinois State Board of Education
Governor's Office of Early Childhood

Nombre de la participante: _____ **ID#** _____

Nombre de la Agencia: _____

Yo entiendo que mi participación en el programa es voluntario y puede incluir el reunirme con visitantes del hogar, atender grupos para padres, y completar pruebas del desarrollo, pruebas del humor emocional, y cuestionarios sobre el ser padre.

Para que la agencia nombrada previamente pueda mejor servir, coordinar, y evaluar sus esfuerzos conmigo, yo autorizo que compartan la siguiente información de mis expedients con Ounce of Prevention Fund/Illinois Department of Human Services/ Chicago Department of Family & Support Services/Illinois State Board of Education/Governor's Office of Early Childhood: 1) información de iniciación, incluyendo mi nombre; 2) información sobre el uso de servicios; 3) información sobre eventos de vida; 4) respuestas a toda prueba y todo cuestionario (incluyendo pruebas del desarrollo, pruebas del humor emocional, y cuestionarios sobre el ser padre).

Toda información que estoy dando será tratada con estricta confidencialidad para proteger mi privacidad y la de mi familia. Entiendo que mi información también podrá ser usada junto con información de todos participantes para: 1) evaluación del programa, 2) planeamiento para el programa, y 3) promoción del programa. Toda información sólo será dada en informes resumidas dirigidas a departamentos internos del Ounce, apoyadores financieros, o audiencias legislativas (políticas) del estado. Ningunos de estos informes me identificarán individualmente ni darán inguna de mi información individual.

He sido informada que mi información será almacenada en archivos bajo llave, en ficheros informáticos (en computadoras), o en archivos asegurados y protegidos con contraseña electrónicos en el sistema de información en línea del OunceNet. Sólo Ounce of Prevention Fund/Illinois Department of Human Services/ Chicago Department of Family & Support Services/Illinois State Board of Education/Governor's Office of Early Childhood tendrá acceso a estos archivos por medio de reportes disponibles específicamente para su uso. Entiendo que en cualquier momento puedo preguntar sobre los métodos y tipos de información que serán mantenidas y que puedo negar cualquiera de estos. Entiendo que tengo el derecho a inspeccionar y copiar información mantendida, que ninguna información será dada a otra persona u organización sin mi permiso por escrito, y que puedo retirar esta autorización por escrito en cualquier momento. Doy mi consentimiento y pido ser participante de la agencia nombrada previamente.

Ounce of Prevention Fund está cometido a preservar derechos privados individuales en el internet. Ounce of Prevention Fund solo mantendrá su información personal por la cantidad de tiempo necesaria para los propósitos por las cuales fue reunida. Ounce of Prevention Fund usa tecnología de la más avanzada para mantener su información personal tan segura como es posible. Por favor déjenos saber si tiene cualquiera pregunta.

Parents Too Soon Pregnant & Parenting Program

Ounce of Prevention Fund
Illinois Department of Human Services
Chicago Department of Family &
Support Services
Illinois State Board of Education
Governor's Office of Early Childhood

Consentimiento para Participar

Nombre del Participante: _____ **ID#** _____

Nombre de la Agencia: _____

Fecha: ___/___/___
(mes/día/año)

Firmada: _____
Participante

**Por favor dénos el nombre
y la dirección de dos
personas que sabrán como
contactarla**

Persona _____ de Contacto _____
Dirección _____
Ciudad _____
Estado _____ Código Postal _____
Correo electrónico _____
Número de teléfono _____

Persona _____ de Contacto _____
Dirección _____
Ciudad _____
Estado _____ Código Postal _____
Correo electrónico _____
Número de teléfono _____

Firma del Padre/Guardián de la Participante si es Menor de Edad
(Opcional dependiendo de la práctica de la agencia, no se requiere para evaluación)

Testigo (Nombre y posición del personal)