



**COLORADO**  
Department of Health Care  
Policy & Financing



***Formulario de consentimiento***  
***Encuesta de los indicadores básicos nacionales sobre discapacidades  
intelectuales y del desarrollo 2024-25***

**Le estamos pidiendo que participe en una encuesta. Su opinión es importante.  
Sus servicios y apoyos no cambiarán si no participa.**

**¿Por qué está haciendo esta encuesta el Departamento de Políticas y  
Financiamiento de Atención Médica de Colorado (HCPF)?**

EL HCPF quiere saber más sobre cómo puede ayudar a las personas que reciben servicios y apoyo a largo plazo en Colorado. Su opinión es importante y nos ayudará a informarnos más sobre estos servicios y cómo cubren sus necesidades.

**¿Qué pasa si usted dice que quiere participar?**

Si dice que sí:

- Su participación y sus respuestas serán confidenciales.
- El entrevistador hablará con usted durante aproximadamente 45 a 60 minutos.
- El entrevistador le preguntará sobre su hogar, el administrador del caso, su seguridad, sus opciones de transporte, las cosas que usted hace en la comunidad, los servicios que usted podría estar recibiendo y alguna información sobre su salud.
- El entrevistador ingresará sus respuestas en una computadora.
- No hay respuestas correctas o incorrectas, y usted puede omitir cualquier pregunta que no quiera responder.

**¿Me ayudará de alguna forma participar en esta encuesta?**

Participar en la encuesta le proporciona la oportunidad de hablar sobre sus experiencias, lo que piensa y sus inquietudes sobre los servicios que recibe y su vida diaria. Esta información nos ayudará a entender sus necesidades e identificar maneras en que podemos mejorar los servicios para usted y las personas con discapacidades en el futuro.

**¿Es posible que participar en esta encuesta no sea bueno para mí?**

Existe la posibilidad de que algunas preguntas le causen tristeza o le molesten. Puede omitir cualquier pregunta que no quiera responder.

### **¿Tengo que participar?**

No, su participación es voluntaria. Si no participa, nadie le tratará de manera diferente y sus servicios no cambiarán.

### **¿Quién verá mis respuestas?**

Proteger su privacidad es muy importante para nosotros. Las únicas personas que pueden ver sus respuestas serán las personas que trabajen en la encuesta y las personas que se aseguran de que hagamos nuestra encuesta de forma correcta. No compartiremos su información con su proveedor de servicios ni con otras personas. Solo compartiremos su información si usted indica que su seguridad está en riesgo.

Ninguna de las personas que le ayudan sabrá lo que usted dice, a menos que quiera que estén con usted mientras responde las preguntas. Toda la información que se proporciona es confidencial de acuerdo con la Ley de Responsabilidad y Portabilidad del Seguro de Salud (HIPAA, en inglés). Sus respuestas se agruparán con otras y se incluirán en un informe, sin información que le pueda identificar.

### **¿Y si tengo preguntas?**

Si tiene preguntas sobre esta encuesta, llame al equipo del proyecto de Vital Research, al 1-888-833-9956.

## ***Autorización de Consentimiento***

### **Al dar su consentimiento:**

- Usted acepta hacer la encuesta.
- Usted confirma que hablamos con usted sobre la información de la encuesta y respondimos todas sus preguntas; y

### **Usted sabe que:**

- Puede omitir las preguntas que no quiera responder; y
- Puede dejar de responder preguntas en cualquier momento y no le pasará nada.

He leído o alguien me leyó la información que se proporciona arriba. He hecho todas las preguntas que tengo en este momento. Acepto voluntariamente participar en esta encuesta. Recibiré una copia de este formulario de consentimiento para mis archivos.

---

Firma del miembro

Fecha

---

Firma del tutor, si corresponde

Fecha