

Forma PM 3.11.1
English Version

**Permiso para Participar en la Evaluación del Programa de Prevención
para el Abuso de Sustancias
(Año escolar) Año escolar**

Estimado padre o guardián legal,

(INSERTE EL NOMBRE DE LA AGENCIA) estará implementando un programa de prevención para el abuso de drogas y alcohol llamado (NOMBRE DEL PROGRAMA) en (nombre de la Escuela, centro comunitario, o lugar) durante el año escolar xxxx-xxxx. El propósito de éste programa es (INCLUYA EL PROPÓSITO/OBJETIVO DEL PROGRAMA). *Como parte del programa general, la agencia suministrará unos cuestionarios con preguntas antes y después de que el programa se haya implementado. El niño/adolescente no tiene que responder éstos cuestionarios de evaluación para participar en el programa. La participación en la evaluación es voluntaria y requiere de su permiso.*

Contenido del cuestionario.. Los cuestionarios recogerán información sobre actitudes, pensamientos/ideas, y comportamientos acerca del uso de sustancias como el alcohol, el tabaco y otras drogas. Una copia del cuestionario usado para evaluar el programa le podrá ser suministrada, si usted lo solicita.

La evaluación es voluntaria. La participación del niño/adolescente en la evaluación de éste programa es voluntaria. El niño/adolescente que acepte participar en ésta evaluación con su permiso, solo tiene que responder las preguntas del cuestionario que el/ella quiera contestar y puede detenerse en el momento en que así lo decida. El rehusarse a participar en la evaluación del programa no tiene consecuencia alguna para el niño/adolescente y puede continuar atendiendo el programa normalmente. El niño/adolescente puede decidir no tomar la evaluación, o no contestar alguna pregunta, por cualquier razón, sin que exista consecuencia o penalidad alguna.

La evaluación es confidencial. Toda la información personal obtenida a través del cuestionario es estrictamente confidencial. El único lugar donde el nombre del niño/adolescente aparecerá, es en éste permiso de participación. Las únicas personas que verán éste permiso de participación, serán del personal profesional que conduce ésta evaluación. Los resultados generales de ésta evaluación serán usados para informar al Departamento de Servicios de Salud del Estado de Arizona (ADHS por sus siglas en inglés), acerca de la efectividad de los programas de prevención para el abuso de sustancias.

Para más información. Si usted tiene preguntas o inquietudes acerca de la participación del niño/adolescente en éste programa o en la evaluación del mismo, por favor contacte a (nombre del Director del Programa de Prevención) al teléfono (escriba el numero

telefónico) o a la dirección de correo electrónico (por favor escriba la dirección de correo electrónico).

Programa de Prevención para el Abuso de sustancias- Forma de consentimiento del Padre/Guardián

Por favor seleccione las opciones apropiadas de la parte de abajo, fírmela y envíela a (escriba el nombre de la persona a cargo de recoger estas formas) antes del (escriba la fecha).

Si, yo doy mi permiso para que el niño/adolescente complete el cuestionario de evaluación

No, yo no doy mi permiso para que el niño/adolescente complete el cuestionario de evaluación

Escriba en letra legible el nombre del estudiante

Firma del padre o guardián legal

GRACIAS POR COMPLETAR Y DEVOLVER ESTA AUTORIZACIÓN.