

## FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO DE LOS PADRES

**Lea atentamente el siguiente formulario, luego complételo y fírmelo con tinta azul o cualquier otro color que no sea negro.**

Su firma en este formulario indica su consentimiento para su hijo o hija participe en actividades de evaluación y ejecución realizadas por \_\_\_\_\_ (nombre de su agencia), bajo la Ley de ejecución para detener el acceso al tabaco a los niños (STAKE, por sus siglas en inglés). A su hijo o hija se le solicitará que compre productos de tabaco en negocios minoristas bajo la supervisión de miembros del equipo o voluntarios adultos para determinar si se venden cigarrillos u otros productos de tabaco a personas menores de 18 años de edad. Su hijo o hija será conducido por el voluntario o miembro del personal a los distintos negocios donde intentarán comprar tabaco.

Todo dato que pueda ser recopilado o publicado por \_\_\_\_\_ (nombre de su agencia) no revelará el nombre de su hijo o hija a menos que tengamos su autorización. Asimismo, le solicitaremos su autorización si se le solicita a su hijo que participe en algún evento con los medios de comunicación que guarde relación con el programa de evaluación estatal. La participación en la actividad de evaluación de la compra de tabaco es voluntaria. Su hijo o hija tiene derecho a abandonar la actividad en cualquier momento.

Por el presente doy mi consentimiento para que mi hijo / hija \_\_\_\_\_ participe en el estudio que requerirá que él / ella compre productos de tabaco en negocios minoristas. En mi condición de padre / guardián de él o la joven antes citado, certifico que la fecha de nacimiento de mi hijo / hija es \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ (mes / día / año).

Además, doy mi consentimiento para que el participante antes citado reciba tratamiento por parte de un médico o cirujano en caso de enfermedad o lesión repentina durante su participación en el estudio, tratamiento que será de mi cargo. Si a continuación se menciona un médico personal, se realizará todo esfuerzo para contactar a dicho médico. Sin embargo, la ubicación de las actividades o la naturaleza de la enfermedad o lesión puede exigir el uso de personal médico de emergencia.

No firme con tinta negra.

\_\_\_\_\_  
Firma del padre o guardián

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Teléfono (en caso de emergencia)

Entréguenos la siguiente información, si corresponde. Utilice letra imprenta.

\_\_\_\_\_  
Nombre del médico familiar o grupo médico

\_\_\_\_\_  
Teléfono

\_\_\_\_\_  
Cobertura de seguro médico

\_\_\_\_\_  
Número del grupo médico

---

## **FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO DEL MENOR**

**LEE CUIDADOSAMENTE EL FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO QUE TU PADRE O GUARDIÁN HA FIRMADO. LUEGO LEE Y FIRMA LA DECLARACIÓN QUE APARECE A CONTINUACIÓN.**

He leído y comprendo el formulario de consentimiento que mi padre o guardián ha firmado y estoy de acuerdo en participar en las actividades del estudio. Entiendo que se me pedirá que compre productos de tabaco y que estaré bajo la supervisión de un adulto.

Entiendo que mi participación en las actividades de este estudio es confidencial y que mi nombre nunca será utilizado sin mi autorización o la de mis padres.

Entiendo que mi participación es completamente voluntaria y que tengo el derecho de dejarlas en cualquier momento.

---

Firma del participante

---

Fecha