***EMERGE*ncy ID NET “CRASHED” Project**

**Causas de ronchas en el departamento de emergencias**

**Formulario de consentimiento del proyecto**

Si usted es un padre, madre o tutor que proporciona el permiso en nombre de su hijo/a, “tú” se refiere a su hijo/a.

Te invitamos a participar en este proyecto porque tienes una erupción en la piel. Este proyecto es llevado a cabo por médicos de este hospital y de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC, sigla en inglés) para averiguar con qué frecuencia las erupciones cutáneas como la tuya son causadas por el virus Mpox y para averiguar qué tipos de exposiciones y actividades podrían poner a las personas en riesgo de contraer Mpox.El Mpox es un virus que puede causar una erupción y a veces fiebre y otros síntomas. Generalmente es poco frecuente en los Estados Unidos, pero durante el último año ha habido varios brotes. Pedirte que participes en este proyecto no necesariamente significa que los médicos sospechen que tu erupción está causada por el Mpox.

Si aceptas participar, te haremos preguntas sobre los síntomas de tu enfermedad, tus antecedentes médicos y exposiciones y, si tienes más de 16 años, sobre tus antecedentes sexuales. Las preguntas tomarán aproximadamente 20 minutos. Realizaremos dos hisopados de tu erupción y enviaremos la muestra al laboratorio para realizar una prueba de Mpox. Esta prueba se realiza a los fines de la investigación. NO te cobrarán ninguna de las pruebas que se realicen a los fines de este proyecto. Almacenaremos el hisopado de tu erupción para futuros proyectos de salud pública o de investigación, pero no incluiremos tu nombre ni información que te identifique directamente.

Tu médico también puede enviar una prueba de Mpox al laboratorio de nuestro hospital como parte de tu atención médica habitual. Si lo realizan, tú recibirás esos resultados. Si tu médico decide no realizar una prueba de Mpox como parte de tu atención médica, y si la prueba de Mpox de este proyecto resulta positiva, te informaremos que el resultado fue positivo en algunas semanas. También tomaremos cuatro fotografías de tu erupción el día de hoy para que podamos averiguar cómo lucen las erupciones por Mpox. Haremos todo lo posible para asegurarnos de que las fotografias no te identifiquen.

En 45 días, te llamaremos para hacerte preguntas sobre tus síntomas y si has recibido atención médica para tratar tu enfermedad luego del día de hoy. También revisaremos tu historia clínica para recopilar información sobre tu atención médica del día de hoy y si el resultado de tu prueba de Mpox es positivo, revisaremos tu historia clínica y registraremos la información sobre la atención que has recibido aquí o con otro médico para tratar tu enfermedad durante los próximos 3 meses. Si a los 45 días todavía tienes síntomas causados por el Mpox, volveremos a llamarte a los 90 días para registrar la información sobre la atención que has recibido aquí o con otro médico para tratar tu enfermedad durante los próximos 3 meses.

## Recibirás $25 en efectivo o una tarjeta de regalo por tu tiempo y esfuerzo por la visita del día de hoy y otros $25 en efectivo o una tarjeta de regalo luego de las llamadas a los 45 y a los 90 días. No podemos prometerte ningún beneficio por tu participación en este proyecto. Los resultados de este proyecto ayudarán a los médicos y expertos en salud pública a averiguar más información sobre las erupciones cutáneas, que podría ayudar a reducir la propagación del Mpox.

## Algunas de las preguntas podrían hacerte sentir incómodo/a. No es necesario que respondas las preguntas que no quieras y puedes decidir no tomar fotografías de tu erupción. Todo lo que elijas responder será confidencial hasta donde lo permita la ley. Siempre existe un pequeño riesgo de que personas no autorizadas puedan acceder a tu información privada. Tenemos medidas para reducir este riesgo. Toda la información que recopilemos, incluida la fotografía de tu erupción y el hisopado de tu erupción, será etiquetada con un número único de proyecto. Solo el personal de este hospital autorizado en este proyecto podrá vincularte con el número de proyecto. El CDC y otras instituciones no recibirán tu información identificatoria.

Participar en este proyecto es completamente voluntario. Puedes elegir participar o no participar. El tratamiento de tu erupción será el mismo que el que recibirías si decidieras no participar. No importa cuál sea tu decisión; no perderás ninguno de tus beneficios habituales. Si tienes alguna pregunta, inquietudes o quejas, comunícate con <PI e información de contacto del sitio>. Si más tarde decides que no quieres continuar participando en el proyecto, puedes abandonarlo en cualquier momento.

Tu firma documenta que aceptas participar en este proyecto.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
Firma del participante Fecha Hora

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre del participante en letra de imprenta

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del representante autorizado Fecha Hora

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre en letra de imprenta del representante autorizado Relación con el participante

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
Firma de la persona que obtiene el consentimiento Fecha Hora

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre de la persona que obtiene el consentimiento en letra de imprenta