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

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

**Formulario de consentimiento del proyecto**

Me llamo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (coordinador(a) del sitio). Te pedimos que participes en un proyecto porque estamos intentando averiguar más sobre la erupción que tienes. Si aceptas participar en este proyecto, te haremos preguntas a ti y a tus padres sobre esta erupción. También realizaremos dos hisopados, como un Q-tip, que frotaremos por tu erupción para que podamos hacer pruebas especiales para saber si algo que se llama Mpox está causando tu erupción. Los hisopados pueden doler o picar un poco, pero solo tomarán unos segundos. También tomaremos una fotografía de tu erupción el día de hoy. En 45 días, te llamaremos a ti y a tus padres para preguntarles cómo está tu erupción y si has recibido más atención médica luego del día de hoy por tu erupción. Si aún no has mejorado en 45 días, te volveremos a llamar a ti y a tus padres para preguntarles si has recibido más atención médica por tu erupción. Si participas, podrías ayudar a los médicos y otros expertos de salud pública a averiguar qué causa estas erupciones y quizás evitar que les suceda a otras personas. Habla con tus padres antes de decidir si quieres participar. También les preguntaremos a tus padres si ellos dejan que tú participes en este proyecto. Pero incluso si tus padres dicen que sí, tú puedes decidir no participar. No es necesario que participes en este proyecto si no quieres hacerlo. Participar en este proyecto es tu decisión. Nadie se enojará si no quieres unirte ni si cambias de opinión más tarde y quieres dejar de participar. Puede hacer las preguntas que tengas sobre el proyecto. Si más tarde tienes una pregunta que no hiciste ahora, puedes pedir a tus padres que me llamen o llamarme al <información de contacto del sitio>. Si firmas con tu nombre a continuación, significa que aceptas participar en este proyecto. Tus médicos tratarán tu erupción, aunque elijas no participar. Tú y tus padres recibirán una copia de este formulario luego de que lo hayas firmado.

Nombre del participante

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

Firma del participante Fecha

Consentimiento ID NET Versión 2.0

27 de marzo de 2023