YUMA COUNTY PUBLIC HEALTH SERVICES DISTRICT- PREP PROGRAM

Active Parental Consent Form

|  |  |
| --- | --- |
| Participant Name: | Date of Birth: |
| Participant Age: | Grade: | Circle One:  MALE FEMALE OTHER/ NON/BINARY | Program Location: |
| Ethnicity (Check): White \_\_\_\_   Black\_\_\_\_  Hispanic\_\_\_\_ Native American \_\_\_\_  Asian \_\_\_\_  Pacific Islander/N. Hawaiian \_\_\_\_   Other \_\_\_\_­­ |
| Home Address: |
| Parent/Legal Guardian Name: | Work Phone: | Cell Phone: |

**YUMA COUNTY PUBLIC HEALTH SERVICES DISTRICT** has received a grant from the Arizona Department of Health Services (ADHS) to deliver the **BE PROUD! BE RESPONSIBLE! Curriculum**. During the time your child will spend in the program, they will explore their own growth and development. This unique program will involve your child in discussions regarding **THE** **TRANSMISSION OF HIV AND STD’S**. The program promotes progress in school and avoidance of behaviors which may hinder your child’s opportunities for successful growth and achievement; overall the program aims to address and prevent teen pregnancy. All program information has been shared with and approved for delivery by the school/agency administrators. The ADHS funding provided for this program also includes a pre and post evaluation which requires parental consent.

The ADHS evaluation has been reviewed and accepted by the ADHS Human Subjects Review Board. In compliance with the Human Subjects Review Board, no names or birthdates are collected on the evaluation and no identification numbers are assigned. No data will be reported by individuals or classrooms. Only aggregate (group) data will be reported so there is nothing to identify a youth who completes the evaluation. All evaluation information will be kept confidential. ADHS and approved contractors operate a secure environment to collect and store information from student participants enlisted in **PREP PROGRAM/BE PROUD BE RESPONSIBLE! Curriculum** ADHS will collect the following types of information directly from participant evaluations:

• Demographics – Age, race, ethnicity, gender, and county of residence

• Health information – Pregnancy, views toward abstinence, and consequences of teen sexual activity

• Skills – decision-making, refusal, and negotiation skills

• Other – knowledge about healthy relationships, peer influence, self-esteem and self-efficacy

• Opinions about their experience during their participation in the program and program satisfaction

I understand that 1) ADHS will use the participants’ responses for the purpose of program improvement, assessing whether critical program components or activities were implemented and whether they had an impact upon determinants, important behaviors and overall health goals; 2) that participating in the evaluation is voluntary and that I may elect for my child to participate or discontinue participation in the program and evaluation at any point without any risk; 3) that if consent is not provided, arrangements will be made in conjunction with school/site personnel to ensure an alternative placement is identified during program facilitation; 4) that ADHS will not require my child to disclose more information than is reasonably necessary as a condition of participation; 5) that I can request to view of the curriculum and/or evaluation tool at any time; 6) that ADHS will not share individual responses with third parties, schools personnel, parents or staff ; and 7) that the associated risks for my child to participate in this survey are minimal and will not exceed any discomfort that may be found in any daily life situations when answering routine survey questions.

I give my consent to allow my child to participate in **PREP Program:**  □ YES □ NO

I give my consent to allow my child to participate in the **ADHS Evaluation**: □ YES □ NO

Parent/Legal Guardian Signature: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Date:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Parent/Legal Guardian Name (Please Print): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**\*\*For questions concerning program and/or ADHS Evaluation: NOELLY CISNEROS, PROGRAM MANAGER 928-317-4580 \*\***

**DEPARTAMENTO DE SALUD PUBLICA DEL CONDADO DE YUMA**

**Programa de Responsabilidad Educativa Personal (PREP)**

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre del participante: | Fecha de Nacimiento: |
| Edad: | Grado: | Sexo:   Masculino Femenino Otro/No Binario | Escuela/Ubicación del programa: |
| La Etnicidad: Caucásico \_\_\_\_ Negro\_\_\_\_ Hispano\_\_\_\_ El Americano Nativo \_\_\_\_ Americano Asiático \_\_\_\_ Islas del Pacifico \_\_\_\_ Otro \_\_\_\_ |
| Dirección: |
| Nombre de Padre(s) o Guardián(ana) Legal: | Teléfono: | Celular: |

Formulario de Consentimiento

**DEPARTAMENTO DE SALUD PUBLICA DEL CONDADO DE** **YUMA** recibió un contrato de parte del Departamento de Salud de Arizona para implementar el programa **PREP** utilizando la curricula **BE PROUD! BE RESPONSIBLE!.** Durante el programa su hija/o explorará su proprio crecimiento y desarrollo de sus metas para el futuro. El programa se enfocará en los siguientes temas: **TRANSMISION Y PREVENCION DEL VIH Y ETS.** Su hija/o aprenderá la importancia del éxito académico y como establecer metas para mantener una vida saludable también aprenderá técnicas para prevenir el embarazo no planeado en adolescentes. La escuela o agencia ya ha aprobado la inclusión de este programa y toda la información relacionada con la implementación del programa.

El contrato con el Departamento de Salud de Arizona también requiere una evaluación del programa que pide su consentimiento. La evaluación ha sido revisada y aprobada por el Consejo de Revisión Institucional para proteger la confidencialidad de su hija/o. La evaluación no colectara nombres u información personal. Los resultados de la evaluación serán reportados agregados y en total del grupo no de una sola persona. El Departamento de Salud de Arizona y sus socios mantendrán todos los resultados de la evaluación seguros. La evaluación será basada en los siguientes datos:

* Información demográfica: edad, raza, etnicidad, sexo, y condado de residencia
* Información de salud: actitud ante el embarazo, practicar el abstinencia, y consecuencias de las relaciones sexuales
* Técnicas: habilidad de tomar decisiones, resistir la presión negativa y habilidad de negociar su posición personal
* Otra información: conocimiento sobre las relaciones saludables, influencia de los compañeros, autoestima y conocimiento sobre sus posiciones personales
* Opinión sobre su experiencia en el programa

Entiendo que 1) los resultados de la evaluación serán colectados por el propósito de mejorar el programa, asesar si los componentes y actividades del programa fueron implementados fielmente y para determinar si hubo un impacto en la actitud o comportamiento ante la salud entre participantes; 2) que participar en el programa y la evaluación es voluntario y que puedo elegir que mi hija/o no participa sin cualquier riesgo; 3) que no exigirá que mi hijo divulgue más información de lo necesario para participar en el programa; 4) que no se compartirá las respuestas individuales con la administración de la escuela; 5) que no divulgará la información personal de mi hija/o con nadie; 6) que los riesgos asociados a la participación de mi hija/o en la evaluación son mínimos y no causaran incomodidad más que tener que responder a las preguntas de la evaluación; y 6) que puedo revisar una copia de la evaluación.

Yo doy mi consentimiento para que mi hija/o participa en el programa **Programa PREP** □ YES □ NO

Yo doy mi consentimiento para que mi hija/o participé en la **Evaluación**: □ YES □ NO

Firma de Padre/Guardián Legal: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Fecha:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre en Imprenta: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**\*\*Contacto para preguntas sobre el programa o evaluación: NOELLY CISNEROS, MANEJADO DEL PROGRAMA 928-317-4580 \*\***