



CREATED BY GUSNIP NTAE CENTER

Formulario de consentimiento del Gus Schumacher Incentivo de Nutrición

Programa Prescripción de Frutas y Verduras Frescas

Querido Participante,

Le han invitado a participar en el Incentivo Nutricional Gus Schumacher – Programa Prescripción de Frutas y Verduras Frescas. El propósito de este estudio es conocer los impactos y experiencias de nuestros participantes, para que podamos comprender mejor cómo el Programa de Prescripción de Productos afecta la nutrición y la salud.

Su participación en este estudio de investigación incluye **frutas y verduras frescas gratuitas dos veces al mes, que se pueden canjear en el Southeast Missouri Food Bank** (Banco de Alimentos del Misuri Sureste). El estudio también incluye dos encuestas sobre su consumo de frutas y verduras, así como la recopilación de registros médicos de su presión arterial, índice de masa corporal y niveles de azúcar en sangre, registrados por su proveedor de atención médica durante su participación en el programa. Las dos encuestas serán administradas por el Banco de Alimentos del Sureste de Missouri al momento de inscribirse y completar el Programa de Prescripción de Productos. También se le invitará a participar en educación nutricional, compartir recetas y colaboración comunitaria. Como paciente de **Mercy Hospital Southeast y/o John J. Pershing VA Medical Center** (el hospital Mercy Sureste y/o el centro médico de John J. Pershing VA), sus registros médicos siempre se mantendrán de forma segura y confidencial.

Su participación en el Programa de Prescripción de Productos es voluntaria y puede optar por no participar o suspenderlo en cualquier momento sin penalización ni pérdida de los beneficios a los que de otro modo tiene derecho. Su decisión de participar o no participar no afectará su capacidad para recibir servicios de su proveedor de atención médica actual, SEMO Food Bank, ni ningún otro servicio que pueda estar recibiendo en otro lugar. Cualquier información de identificación individual relacionada con su participación en este estudio se mantendrá confidencial. Recopilaremos su nombre y apellido y todos los materiales que vinculen su identidad con los datos que recopilamos se guardarán en un archivo electrónico protegido con contraseña. Se le asignará un **número de identificación de paciente único** y no se incluirán nombres ni información de identificación sobre usted en ningún material resultante de este estudio de investigación.

Los hallazgos de este proyecto tienen como objetivo mejorar la salud y el bienestar económico de la comunidad, disminuir las disparidades en salud y riqueza, sostener y expandir sistemas alimentarios locales diversos y justos, y apoyar a las pequeñas y medianas granjas, especialmente aquellas dirigidas por mujeres y minorías. propiedad y operado. Otros objetivos generales son ampliar el acceso a productos saludables, reducir la inseguridad alimentaria individual y familiar, mejorar la salud general y reducir los costos asociados con la atención

médica. Junto con socios locales, el Programa de prescripción de productos agrícolas del SEMO Food Bank se esfuerza por crear un programa exitoso, beneficioso y, en última instancia, sostenible para el sureste de Missouri.

El riesgo asociado con este estudio de investigación es mínimo y solicitamos que todos los participantes también traten la información proporcionada y discutida como confidencial.

Si tiene alguna pregunta sobre este proyecto de investigación, comuníquese con la Coordinador de Programas de Salud del SEMO Food Bank (Banco de Alimentos SEMO) en erobbins@semofoodbank.org o al 573-510-4611. Las preguntas o inquietudes sobre sus derechos como participante de una investigación deben dirigirse a kathryn.howell@mercy.net.

Consentimiento del sujeto para participar en el estudio de investigación

Para aceptar voluntariamente participar en este estudio, debe firmar en la línea a continuación. Su firma a continuación indica que ha leído, o le han leído, este formulario de consentimiento completo y que todas sus preguntas han sido respondidas.

Doy mi permiso para que los investigadores del estudio conserven mi información de contacto (nombre, dirección, números de teléfono, direcciones de correo electrónico) para uso futuro. Es posible que se comuniquen conmigo después de completar el programa para realizar más actividades u oportunidades de seguimiento.

- SI
- NO

Doy mi consentimiento para participar en este estudio de investigación; sin embargo, no deseo que me contacten después de completar el programa.

- SI
- NO

Nombre del / de la Participante

Firma

Fecha

Declaración de la persona que obtuvo el consentimiento

He comentado el estudio anterior con el sujeto o, en su caso, con su representante legal autorizado. Es mi opinión que el sujeto comprende adecuadamente los riesgos, beneficios y procedimientos involucrados con la participación en este estudio de investigación.

Quién obtuvo el consentimiento

Firma

Fecha

El Centro de Capacitación, Asistencia Técnica, Evaluación e Información del Programa de Incentivos Nutricionales (NTAE) cuenta con el apoyo de la subvención del Programa de Incentivos Nutricionales de Gus Schumacher n.º 2019-70030-30415 / número de acceso al proyecto 1020863 del Instituto Nacional de Alimentación y Agricultura del USDA.