

**Experiencias colaborando con los
proveedores de atención y otros profesionales de salud de su hijo**

Formulario de interés sobre un estudio para el padre/tutor

Se me solicita si un miembro del equipo del estudio del Centro de Oregon para Niños y Jóvenes con Necesidades Especiales de Salud me puede contactar para realizar una encuesta dentro de dos a cuatro meses. La encuesta incluye preguntas sobre mi colaboración con los proveedores que atienden a mi hijo. Entiendo que puedo negarme a participar en esta encuesta. Si me niego a que el miembro del equipo del estudio me contacte, esto no afectará los servicios que mi hijo o yo recibimos del departamento de salud pública del condado.

¿Está interesado(a) en participar en esta encuesta? Si es así, complete las siguientes preguntas.

a. ¿Cuál es su nombre? _____

b. ¿Cómo le gustaría completar la encuesta?

- ☐ En línea (*Le enviaremos la encuesta por correo electrónico*)
- ☐ En papel (*Le enviaremos la encuesta por correo con un sobre de retorno prepagado*)

c. Si prefiere completar la encuesta en línea, ¿cuál es la mejor dirección de correo electrónico que debemos usar para enviarle la encuesta?

d. Si prefiere completar la encuesta en papel ¿cuál es la mejor dirección de correo que debemos usar para enviarle la encuesta?

Dirección: _____

Ciudad: _____

Estado: _____

Código postal: _____

Fecha: _____