|  |
| --- |
|       |

**Proyecto Personas al cuidado infantil**

**Proyecto de Difusión de la Intervención ABC**

**Formulario de Consentimiento Informado**

El Proyecto Personas al cuidado Infantil de la Universidad de Delaware sirve a padres e hijos al proporcionar una intervención de crianza diseñada para mejorar la seguridad del apego de los niños y la capacidad de calmarse. Nuestra misión es garantizar que la capacitación sea efectiva para usted y para otros padres.

Usted está siendo incluido en la capacitación en la Intervención de Apego y Recuperación Bioconductual (ABC, según siglas en inglés). Le pedimos que conceda permiso para que las sesiones sean grabadas en video. La videograbación se utilizará para los siguientes fines:

* Proporcionar supervisión para la capacitación de los padres sobre la implementación efectiva de la intervención.
* La videograbación se utilizará en la evaluación para ayudar a determinar la efectividad del programa.

Por la presente doy el derecho y el permiso a:

* Compartir las sesiones grabadas en video con el Laboratorio de personas al cuidado Infantil de la Universidad de Delaware con el propósito de supervisión y evaluación del programa.

He leído lo anterior y entiendo completamente este comunicado. También entiendo que este consentimiento informado permanecerá vigente durante el período de tiempo necesario para cumplir con su propósito por hasta un año o si rescindo este consentimiento completando la sección de revocación en la parte inferior de este formulario. Además, entiendo que cualquier acción tomada en este comunicado antes de la fecha rescindida es legal y vinculante.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|       |       |       |  |       |  |
| Primer Nombre del Niño | Inicial del Segundo Nombre | Apellido | Fecha de Nacimiento |  |
| Firma del Padre/Guardián Legal: |       | Fecha: |       |  |
| Dirección:  |       |  |
| Ciudad/Estado/Apartado Postal: |       |  |
| Testigo: |       |  |
|  |  |

|  |
| --- |
| **SECCIÓN DE REVOCACIÓN** |
| Por la presente solicito que esta autorización sea rescindida, efectiva |       |  |
|  | *(Fecha)* |  |
| Firma del guardián o padre: |       |  |
| Fecha: |       |  |  |
|  |