# Passive Parental Consent Form – Portuguese

**Prezados Pais/Responsáveis:**

O Departamento de Saúde Pública (Department of Public Health) de Massachusetts está fazendo uma parceria com [*organization name]* para realizar uma pesquisa entre jovens de 14 a 17 anos para aprender sobre a saúde e o bem-estar dos jovens de Massachusetts. A pandemia da COVID-19 continua a ter impactos duradouros na saúde, comportamento e acesso dos jovens à educação, emprego e outros recursos. O Departamento de Saúde Pública (Department of Public Health) usará informações sobre esses impactos e outras experiências dos jovens para informar a programação, o financiamento e as políticas que melhor apoiarão os jovens neste momento.

**O que a pesquisa exigirá do meu filho?**

A menos que você se oponha à participação de seu filho, ele será solicitado a preencher uma única pesquisa on-line. A pesquisa geralmente leva cerca de 15 a 20 minutos para ser concluída. A pesquisa fará peguntas sobre as experiências de seu filho com a pandemia de COVID-19, acesso a necessidades e recursos básicos, saúde e bem-estar mental, experiências com uso de substâncias, educação, emprego, segurança, fontes de informação para acessar notícias, vizinhança e histórico demográfico. As informações obtidas nesta pesquisa ajudarão a identificar áreas de necessidade entre os jovens ou grupos de jovens que são mais diretamente afetados do que outros por emergências de saúde pública como a COVID-19. A pesquisa é totalmente **voluntária**. **Nenhuma ação** será tomada contra você ou seu filho se ele não participar. Além disso, os jovens podem parar de participar da pesquisa a qualquer momento sem penalidade e podem optar por pular quaisquer perguntas que não desejem responder.

**Como a privacidade do meu filho será protegida?**

Todas as respostas da pesquisa serão enviadas ao Departamento de Saúde Pública (Department of Public Health) de MA, que tratará todas as respostas da pesquisa como confidenciais. A pesquisa não solicitará nenhuma informação pessoal identificável, como nome, endereço, número de telefone ou e-mail. As informações demográficas coletadas (como idade, sexo, raça/etnia, orientação sexual) não serão usadas pelo Departamento de Saúde Pública (Department of Public Health) de MA para identificar seu filho. As respostas da pesquisa de seu filho serão combinadas com outras respostas de jovens para criar informações estatísticas gerais que não podem identificar alunos individuais.

**Existem riscos?**

É improvável que as perguntas da pesquisa resultem em qualquer desconforto ou dano. No entanto, seu filho pode se recusar a responder a qualquer pergunta que não queira responder. Existe um risco muito baixo de perda ou divulgação de informações confidenciais. O Departamento de Saúde Pública (Department of Public Health) de MA possui procedimentos para minimizar esse risco.

**Quais são os benefícios do estudo?**

As informações coletadas desta pesquisa fornecerão aos programas do Departamento de Saúde Pública (Department of Public Health) de MA informações valiosas sobre questões enfrentadas exclusivamente pelos jovens durante esse período e ajudarão nos esforços do departamento para atender às necessidades identificadas na pesquisa. Ele também fornecerá novas informações sobre o impacto contínuo da COVID-19 na população jovem de Massachusetts.

**Outras informações**

A [Youth organization name] está realizando esta pesquisa para o Departamento de Saúde Pública (Department of Public Health) de MA. Se você tiver alguma dúvida sobre esta pesquisa, entre em contato com [pessoa de contato na organização] ou [pessoa de contato no Departamento de Saúde Pública (Department of Public Health)]

Seu filho terá a oportunidade de responder à pesquisa, a menos que você nos diga que não deseja que seu filho responda à pesquisa. Portanto, basta devolver este formulário se **NÃO** quiser que seu filho participe.

**Se não quiser que seu filho participe**, preencha e devolva este formulário para *(Youth org will designate)* até *(Youth org will designate)*.

Meu filho nomeado abaixo **não** pode participar desta pesquisa.

Nome da criança

Assinatura do pai ou mãe/responsável

Data