# Passive Parental Consent Form – Spanish

**Estimado padre/madre/tutor:**

El Departamento de Salud Pública de Massachusetts se asoció con [*organization name]* para administrar una encuesta a jóvenes de 14 a 17 años para obtener información sobre la salud y el bienestar de la juventud de Massachusetts. La pandemia de COVID-19 sigue teniendo repercusiones duraderas en la salud, el comportamiento y el acceso a la educación, el empleo y otros recursos de los jóvenes. El Departamento de Salud Pública usará la información sobre estas repercusiones y otras experiencias de los jóvenes para informar sobre la programación, la financiación y las políticas que apoyarán mejor a los jóvenes en este momento.

**¿Qué se le pedirá a mi hijo en la encuesta?**

A menos que usted no permita la participación de su hijo, se le pedirá que complete una única encuesta en línea. Completar esta encuesta le llevará aproximadamente 15 a 20 minutos. La encuesta le preguntará a su hijo sobre experiencias con la pandemia de COVID-19, el acceso a las necesidades y recursos básicos, bienestar físico y mental, experiencias con el consumo de sustancias, educación, empleo, seguridad, fuentes de información para acceder a las noticias, vecindario y datos demográficos. La información obtenida en esta encuesta ayudará a identificar áreas de necesidad entre los jóvenes, o grupos de jóvenes, que se ven afectados más directamente que otros por las emergencias de salud pública, como la COVID-19. Esta encuesta es completamente **voluntaria**. No se tomará **ninguna medida** contra usted o su hijo si este no participa. Además, el/la joven puede dejar de participar en la encuesta en cualquier momento sin ninguna penalización y puede optar por omitir cualquier pregunta que no quiera responder.

**¿Cómo se protegerá la privacidad de mi hijo?**

Todas las respuestas de la encuesta se enviarán al Departamento de Salud Pública de MA que las tratará en forma confidencial. La encuesta no pedirá ninguna información personal identificable como nombre, dirección, número de teléfono o correo electrónico. El Departamento de Salud Pública de MA no usará la información demográfica recogida (como edad, sexo, raza/etnia, orientación sexual) para identificar a su hijo. Las respuestas de su hijo se combinarán con las de otros jóvenes para crear información general estadística que no puede identificar a los estudiantes en forma individual.

**¿Hay algún riesgo?**

Es poco probable que las preguntas de la encuesta generen alguna molestia o daño. Sin embargo, su hijo puede negarse a responder cualquier pregunta que no quiera responder. Hay un riesgo muy bajo de pérdida o divulgación de información confidencial. El Departamento de Salud Pública de MA cuenta con procedimientos para minimizar este riesgo.

**¿Cuáles son los beneficios del estudio?**

La información recogida de esta encuesta será muy valiosa para los programas del Departamento de Salud Pública de MA para saber más sobre los problemas específicos a los que se enfrentan los jóvenes durante este período y contribuirá a los esfuerzos del departamento para abordar las necesidades identificadas en la encuesta. También proporcionará nueva información sobre el impacto persistente de la COVID-19 en la población joven de Massachusetts.

**Otra información**

[Youth organization name] administra esta encuesta para el Departamento de Salud Pública de MA. Si tiene alguna pregunta sobre esta encuesta, comuníquese con [contact person at organization] o [contact person at the department of public health]

Su hijo tendrá la oportunidad de responder la encuesta a menos que usted no quiera que lo haga. Por consiguiente, solo es necesario que devuelva este formulario si **NO** quiere que el niño participe.

**Si no quiere que el niño participe**, complete y devuelva este formulario a *(Youth org will designate)* antes del *(Youth org will designate)*.

Mi hijo, cuyo nombre figura a continuación, **no** puede participar en esta encuesta.

Nombre del niño

Firma del padre/madre o tutor

Fecha