

Formulario de consentimiento de RETAIN-CT

Investigador principal (IP): Dr. William S. Shaw

Número de teléfono del IP: (860) 679-8946

Título del estudio de investigación: Red de retención de empleados después de una lesión/enfermedad (*Retaining Employment Talent After Injury/Illness Network*, RETAIN)

Patrocinador: Departamento de Trabajo de los EE. UU./Departamento de Trabajo de CT

Resumen de la investigación: Se le está solicitando que brinde su consentimiento para participar en un estudio de investigación. Esta investigación se realiza para determinar si contar con la ayuda de un asistente laboral de RETAIN-CT es útil para reducir el riesgo de ausencia laboral o discapacidad de largo plazo para trabajadores que tienen lesiones, dolor o enfermedades musculoesqueléticas. La participación es voluntaria. Si decide participar ahora, igualmente puede cambiar de opinión más adelante. Si acepta participar, se le solicitará que complete una breve encuesta inicial hoy y, posteriormente, tres cuestionarios de seguimiento durante el lapso de 6 meses. Los cuestionarios contienen preguntas sobre datos demográficos (p. ej., edad), su estado de salud, exigencias laborales y entorno de trabajo. Podríamos seleccionarlo aleatoriamente (como al lanzar una moneda) para recibir ayuda de un asistente laboral de RETAIN-CT que hablará con usted acerca de su trastorno musculoesquelético, las exigencias de su trabajo y las inquietudes que tenga sobre su función actual o futura en el trabajo, así como sus recomendaciones sobre cómo resolver los problemas. El asistente laboral de RETAIN-CT lo ayudará a resolver problemas en el trabajo y comunicar sus necesidades de forma eficaz a su empleador o sus proveedores de atención médica. La participación en el estudio implicará riesgos mínimos para usted (consulte “Riesgos para la confidencialidad” más adelante). Puede elegir no responder a ninguna de las preguntas de las encuestas.

Participación voluntaria: Recibe esta invitación a formar parte de este estudio porque actualmente es empleado o trabajador autónomo y tiene un trastorno musculoesquelético que puede afectar su trabajo ahora o en el futuro. Si decide participar en este estudio de investigación, puede retirarse en cualquier momento. Si decide no participar, su decisión no afectará su atención médica presente ni futura y no habrá sanción alguna ni pérdida de beneficios de discapacidad o de indemnización por accidente laboral a los cuales pueda tener derecho.

Duración de la participación: Su participación durará 6 meses e incluirá el tiempo para completar 4 encuestas (aproximadamente 15 minutos cada una). Además, si lo seleccionamos aleatoriamente para trabajar con un asistente laboral de RETAIN-CT, esto incluiría varias reuniones telefónicas o en persona adicionales (incluso en su trabajo) dependiendo de sus necesidades (entre 2 y 4 horas en total).

Riesgos para la confidencialidad: Los archivos electrónicos de la investigación se guardarán en computadoras cifradas y protegidas con contraseña. Aunque protegeremos la confidencialidad de la información que proporciona mediante una serie de medidas de seguridad, no podemos garantizar la confidencialidad. Existe una pequeña probabilidad de que personas ajenas al equipo de investigación puedan tomar conocimiento de su participación en el estudio. No obstante, solo personas autorizadas tendrán acceso a la información recopilada para este estudio de investigación. Estas personas incluyen a los miembros del equipo del estudio y a los representantes de UConn Health, el Departamento de Trabajo de Connecticut, la Administración del Seguro Social (*Social Security Administration*, SSA), Mathematica (un contratista de evaluación federal), la Oficina de Administración y Presupuesto, el Departamento de Trabajo de los EE. UU. (*Department of Labor*, DOL) y ADNET Technologies. Los representantes de estos organismos tienen acceso a la información para poder asegurarse de que el estudio se está realizando correctamente. Los investigadores de UConn Health están recibiendo dinero del Departamento de Trabajo de los EE. UU. para realizar este estudio. El DOL exige que compartamos la información que obtengamos de este estudio con las personas autorizadas que se indicaron anteriormente. Esta información se usará para realizar análisis de datos

estadísticos para evaluar si este estudio ayuda a los trabajadores. Además, los investigadores de Mathematica usarán esta información para evaluar si el programa RETAIN ha mejorado los resultados laborales mediante los registros del programa de la SSA y los ingresos. Existe un pequeño riesgo de que haya una divulgación accidental de la información personal. La SSA, Mathematica y el DOL de Connecticut tienen procedimientos exhaustivos implementados para evitar que suceda esto. Le informarían de inmediato cualquier amenaza específica a su privacidad.

Posibles beneficios de la participación: Si participa, este estudio podría ayudarlo a superar dificultades en el lugar de trabajo relacionadas con su salud y su capacidad para permanecer en el trabajo o regresar a trabajar. Además, otras personas y trabajadores podrían beneficiarse en el futuro gracias a los resultados del estudio. También existe la posibilidad de que no obtenga beneficio alguno.

Posibles costos de la participación: Los servicios del asistente laboral de RETAIN-CT no tienen cargo. Intentaremos limitar cualquier impacto, pero quizás deba tomarse tiempo libre en su trabajo para participar en las visitas del estudio, o quizás tenga que incurrir en algún costo por el traslado hasta el lugar de las visitas del estudio.

Pago por la participación: Por participar en este estudio, recibirá una tarjeta de regalo de Amazon de \$50 después de que complete la encuesta de inscripción inicial en el día de hoy y, posteriormente, una tarjeta de regalo adicional de \$50 después de cada una de las 3 encuestas de seguimiento (un total de \$200). Las tarjetas de regalo se enviarán por correo postal o electrónico dentro de los 10 días posteriores a cada encuesta.

Cómo dejar de participar: Siempre puede decidir dejar de participar en este estudio, pero su información seguirá siendo parte de los datos y se incluirá en el análisis final. Para retirarse del estudio, envíe un aviso escrito al Investigador principal: William S. Shaw, Ph.D., UConn Health, 263 Farmington Avenue, Farmington, CT 06030-2945.

Información médica protegida: Este consentimiento también autoriza a sus médicos y otros proveedores de atención médica a divulgar su información médica protegida al Dr. William S. Shaw y su equipo para los fines de este estudio de investigación. Esto incluirá su diagnóstico, la naturaleza de su lesión o trastorno musculoesquelético, la fecha de la aparición de los síntomas y la situación laboral. Esta autorización seguirá vigente hasta el final de la investigación.

Registros protegidos sobre salario y beneficios del Seguro de desempleo A menos que sea trabajador autónomo, el Departamento de Trabajo podría tener archivados los registros trimestrales de su salario a los fines del programa de Seguro del desempleo (*Unemployment Insurance*, UI). Aquellos registros (así como cualquier información sobre los beneficios que esté archivada) que mantenga el Departamento de Trabajo de Connecticut están protegidos por las leyes estatales y federales (CGS § 31-254, 20 CFR 603), y solo pueden divulgarse para fines limitados que se establecen en la legislación o con su consentimiento por escrito. Este consentimiento autoriza al Departamento de Trabajo de Connecticut a divulgar los registros de Salario trimestral del seguro de desempleo relacionados con usted del trimestre anterior a este consentimiento y a su inscripción en el programa RETAIN, los ingresos en el trimestre en el que se inscribe, así como los ingresos en el primer, segundo, tercer y cuarto trimestres después de la inscripción, con el entendimiento de que esta divulgación no puede abarcar ningún número de registro de empleador que se encuentre en esos registros y que estos se suprimirán antes de divulgar la información. La información confidencial mencionada solo será utilizada por las organizaciones indicadas en la sección Riesgos para la confidencialidad de este documento y para los fines específicos indicados en el Resumen. Las partes identificadas en este consentimiento no pueden volver a divulgar esta información a otros sin su permiso específico. Esta autorización seguirá vigente hasta el final de la investigación.

Preguntas: El Investigador principal está dispuesto a responder cualquier pregunta que tenga sobre la investigación. Lo alentamos a realizar preguntas antes de decidir participar o a hacerlas durante su participación en el estudio. Si tiene alguna pregunta, queja o inquietud sobre la investigación, debería llamar al Investigador principal, Dr. William S. Shaw, al (860) 679-8946.

Consentimiento para participar: Al firmar este formulario, reconoce que leyó este documento de consentimiento informado, o que alguien se lo leyó, y que proporciona voluntariamente su consentimiento para participar en este proyecto de la forma descrita en este formulario.

Nombre en letra de molde: _____

Firma: _____

Fecha: _____