THE MOUNT SINAI HEALTH SYSTEM ICAHN SCHOOL OF MEDICINE AT MOUNT SINAI HOJA DE INFORMACIÓN DE INVESTIGACIÓN

ID del estudio #: IRB-20-03446 Fecha de versión del formulario: 4/24/20

Titulo del estudio: NYCovid: Investigaciones a acción en comunidades locales

Investigadora principal: Carol R. Horowitz, MD, MPH 1 Gustave L. Levy Place, Box 1077, New York, NY 10029

¿Cual es el objetivo del estudio de investigación? Queremos aprender como la pandemia de COVID-19 esta impactando a neoyorquinos. Lo que aprendemos nos puede ayudar a proveer mejor cuidado a personas de cualquier origen durante y después de la pandemia. Estamos realizando una encuesta. Necesitamos 10000 personas que completen un cuestionario de 15 minutos. Deben tener 18 años y mas y deben vivir en la ciudad de Nueva York. Es voluntario. Usted puede elegir no participar, saltar preguntas, o dejar de completar la encuesta en cualquier momento. No hay penalización si usted elige no tomar parte.

¿Puedo tomar parte? Usted:

- 1. ¿Tiene 18 años de edad o mas?
 - a. Si
 - b. No
- 2. ¿Vive en la ciudad de nueva york (en uno de los 5 boroughs)?
 - a. Si
 - b. No

Usted respondió "no" a una de estas preguntas, no puede tomar la encuesta. Muchas gracias por su tiempo. Usted respondió "si" a las dos preguntas, puede tomar la encuesta.

¿Que debo hacer si decido tomar parte?

- Use su teléfono inteligente para contestar preguntas sobre su salud, como la pandemia le afecto, y su información básica.
- Déjenos saber si le podemos contactar nuevamente para administrar una encuesta de seguimiento de 5 minutos durante el año que viene.

¿Hay riesgos si elijo tomar parte? Los riesgos en contestar la encuesta son mínimos. Algunas preguntas le pueden disgustar porque estamos preguntando sobre sus emociones y como la pandemia le afecta a usted y a otros neoyorquinos. Usted puede saltar cualquier pregunta que no quiere contestar.

¿Qué pasa con mi privacidad? Si está de acuerdo con que le enviemos mensajes de texto para responder encuestas durante todo el año, le pediremos su número de teléfono. Eliminaremos su número de teléfono cuando termine el año, a menos que desee que nos comuniquemos con usted para futuros estudios. No conectaremos su encuesta a su número de teléfono. Puede completar la primera encuesta incluso si no desea que nos comuniquemos con usted nuevamente. Le pediremos que cree un código que solo usted sabrá para futuras encuestas. También siempre existe el riesgo de perder información privada. Disminuimos este riesgo almacenando sus datos en una base de datos protegida por contraseña detrás de un firewall y no lo vincula a su número de teléfono. De esa manera, nadie podrá darse cuenta de que usted participó. Los datos de la encuesta podrían ser utilizados para futuros estudios de investigación por nosotros u otros en nuestro equipo.

Para adicionalmente protejer su privacidad, los investigadores tienen un certificado de confidencialidad del gobierno estado unidense para asegurar que nosotros no vamos a tener que revelar su identidad por razones legales a miebros de su familia o amigos.

¿Hay beneficios? No le podemos proveer apoyo directo, incluyendo apoyo medico, pero le podemos proveer un sitio de web con recursos que le pueden ayudar durante y después de la pandemia. También compartiremos un resumen de lo que aprendemos de la encuesta en la página web.

THE MOUNT SINAI HEALTH SYSTEM ICAHN SCHOOL OF MEDICINE AT MOUNT SINAI HOJA DE INFORMACIÓN DE INVESTIGACIÓN

ID del estudio #: IRB-20-03446 Fecha de versión del formulario: 4/24/20

¿Puedo dejar de tomar parte? Si. Solo envía un mensaje de texto "99" a "77948." Si usted tiene preguntas o quejas, nos puede llamar a (212) 659-9552 o puede llamar a la oficina de Mount Sinaí que aprobó del estudio a (212) 824-8200.

Si usted entiende esta informacion, por favor haz clic aquí. Si usted esta de acuerdo a continuar y gustaria continuar voluntariamente, por favor haz clic aquí.