



Formulario de consentimiento para participantes en Kupol

Acepto mi participación y la de mi hijo en Kupol y el tratamiento de mis datos personales y los de mi hijo en el estudio. He tomado conocimiento de la información escrita y he tenido la posibilidad de formular preguntas acerca del estudio. He comprendido que mi participación y la de mi hijo es completamente voluntaria y puede interrumpirse cuando lo deseemos sin mayor explicación.

Spanska/Español Polska/ Polski Turkiska/ Türkçe Sorani/سۆرانی Persiska/فارسی
 Arabiska/العربية Somaliska/Somaali Tirgrinska/ትግርኛ Engelska/English Kinesiska/中文

Por favor marque SÍ o NO como respuesta a las siguientes afirmaciones:

- A** Doy mi aprobación para que mi hijo rellene el formulario de preguntas que se registrará en una base de datos en el Instituto Karolinska que va a ser utilizada para la investigación de la importancia del entorno escolar en la salud psíquica de los jóvenes. Sí No
- B** Doy mi aprobación para que ustedes soliciten datos de registro acerca de mí y mi hijo. Sí No
- C** Doy mi aprobación para que se tome una prueba de saliva a mi hijo. También doy mi aprobación para que las muestras de saliva se conserven en un banco biológico en el Hospital de la Universidad Karolinska y que esas muestras sean utilizadas para la investigación sobre cómo influye la escuela en el estrés en los jóvenes. Tenga en cuenta que los hijos con dos titulares de la custodia necesitan la firma de ambos para que nosotros podamos tomar las muestras de saliva Sí No

Número de identificación personal del niño: _____ Nombre del niño: _____

Escuela del niño: _____ Curso del niño: _____

Firma del niño: _____

Titular de la custodia 1

Firma: _____ Fecha: _____

Nombre en letras mayúsculas: _____

Relación con el niño: padre biológico padre adoptivo padre de crianza
 madre biológica madre adoptivae madre de crianza
 Otra, cuál _____ Tengo la custodia exclusiva de mi hijo

Titular de la custodia 2

Firma: _____ Fecha: _____

Nombre en letras mayúsculas: _____

Relación con el niño: padre biológico padre adoptivo padre de crianza
 madre biológica madre adoptivae madre de crianza
 Otra, cuál _____ Tengo la custodia exclusiva de mi hijo

Si usted comparte la custodia pero no vive con el otro titular de la misma, le solicitamos que le entregue el formulario de consentimiento a él o ella para que lo firme. Si le resulta difícil tomar contacto con el otro titular de la custodia, le pedimos que escriba su dirección en el formulario de consentimiento para que podamos contactarlo.

Nombre (titular de la custodia 2): _____

Dirección: _____

Para poder tomar contacto con usted y con su hijo necesitamos sus datos de contacto.

Dirección: _____

Dirección de correo electrónico: _____ Número de teléfono móvil: _____

Envíe la encuesta en el sobre de respuesta adjunto.



**Karolinska
Institutet**



**Stockholms
universitet**



**UPPSALA
UNIVERSITET**

Postadress

Karolinska Institutet
Institutionen för folkhälsovetenskap
Projekt Kupol
Tomtebodavägen 18a
171 77 Stockholm

Org. number 202100 2973

Besöksadress

Widerströmska Huset
Tomtebodavägen 18a
Stockholm

Webb

Ki.se
Kupolstudien.se

Kontaktpersoner

Elin Arnö (kontaktperson)
Forskningssamordnare
Tel: 08 - 524 801 08
elin.arno@ki.se

Rosaria Galanti
Professor, projektansvarig
Tel: 08 - 123 371 65
rosaria.galanti@ki.se