

**Partners HealthCare System  
Research Assent Form (Spanish)**

Assent Template

Version Date / Versión de: March 2013 / marzo de 2013

Subject Identification

Título del estudio / *Protocol Title*: Estudio CAR del hospital *Mass General*: Contactos de la familia en riesgo de contraer la COVID-19

Investigador principal / *Principal Investigator*: Drs. Jason Harris, Richelle Charles y Regina LaRocque

Investigador encargado en el centro de estudio / *Site Principal Investigator*:

Descripción de la población sujeto del estudio / *Description of Subject Population*: Personas que tienen COVID-19 y aquellos con quienes conviven

Somos médicos del hospital *Mass General*. Estamos tratando de aprender más acerca de una enfermedad llamada COVID-19. El causante de la COVID-19 es un microbio diminuto. Algunas personas se enferman a causa de este microbio y otras no.

Para aprender más acerca de la COVID-19, te pedimos a ti y a otros niños que participen en un estudio clínico. Los resultados del estudio nos ayudarán a entender cómo se transmite la COVID-19 de una persona a otra. Esperamos que sirvan para evitar que otras personas se contagien.

Si estás de acuerdo, te haremos unas preguntas sobre cómo te sientes. Además, uno de tus padres o tu tutor legal te pinchará la yema del dedo para extraer unas gotas de sangre. El estudio durará menos de una semana.

Tal vez sientas un pinchazo cuando la aguja entre en la yema del dedo. También podría formarse un morado en el lugar de entrada de la aguja. Es posible que tengas la boca seca por unos minutos después de escupir en el recipiente pequeño.

Quizá te sientas aburrido o cansado al responder a las preguntas. No tienes que responder a ninguna de las preguntas que te hagamos si no quieres hacerlo o si te hacen sentir incómodo.

La información que se recolecte de ti durante este estudio se conservará bajo llave en un lugar seguro y nadie sabrá quién eres, a excepción de las personas que están haciendo el estudio. Si escribimos un artículo sobre lo que aprendamos del estudio, no usaremos tu nombre.

Antes de que decidas participar en este estudio, responderemos a todas las preguntas que tengas. También puedes hablar con tu madre, tu padre o tu médico. No tienes que participar en este estudio. No importa si dices que no. Si decides participar, puedes cambiar de parecer y dejar de participar en cualquier momento.

Recibirás una copia de este documento para que la guardes.

**Partners HealthCare System  
Research Assent Form (Spanish)**

Subject Identification
------------------------

**Assent Template**

**Version Date / Versión de:** March 2013 / marzo de 2013

Si decides participar en el estudio, firma con tu nombre en la línea que aparece a continuación.

\_\_\_\_\_  
Firma del sujeto / *Subject's Signature*

\_\_\_\_\_  
Fecha / *Date*

Versión del formulario de asentimiento / *Assent Form Version:* 1 Fecha de creación / *Created:* 23 de junio de 2020