

**Attachment 3j - Spanish**

**PATH Study Data Collection Instruments:  
Followup Tracking Participant Information Form –  
Shadow Sample Youth**

**June 18, 2013**

## FRT2c –Parent of Youth under Age 12 (Shadow Sample Member) Participant Information Form

### Formulario de información de los padres

Este formulario es para actualizar la información de contacto del padre o la madre de [YOUTH'S\_NAME]. Si se ha mudado o su información de contacto ha cambiado desde la última vez que [YOUTH'S\_NAME] participó en la Evaluación demográfica del tabaco y la salud o Estudio PATH\*, por favor denos su nueva información de contacto de alguna de las siguientes maneras:

- (1) llene este formulario para darnos la nueva información y devuélvanoslo en el sobre con franqueo pagado adjunto; **O**
- (2) conteste el formulario en línea en [www.pathstudyinfo.nih.gov](http://www.pathstudyinfo.nih.gov) usando su contraseña: [PASSWORD]. (Si tiene un teléfono inteligente (smartphone), puede escanear el código QR para ir a la página Web del estudio.)

Como agradecimiento por llenar este formulario, le depositaremos 5 dólares en la tarjeta de débito del Estudio PATH de [YOUTH'S\_NAME] (hasta 10 dólares al año). (Llámenos a la línea directa y gratuita, 1-888-311-1819, si ha perdido la tarjeta).

**Si su información de contacto no ha cambiado, únicamente marque este recuadro:**

<b>NUEVA INFORMACIÓN DE CONTACTO DEL PADRE O LA MADRE. <i>ESCRIBA EN LETRA LEGIBLE.</i></b>		
NOMBRE: _____		
PRIMER	INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE	APELLIDO
DIRECCIÓN: _____		
CALLE	APT. #	
CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL

<b>DIRECCIÓN POSTAL DEL PADRE O LA MADRE (SI ES DIFERENTE A LA DIRECCIÓN ANTERIOR):</b>		
DIRECCIÓN: _____		
CALLE	APT. #	
CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL

\* Patrocinan este estudio los Institutos Nacionales de la Salud (NIH, por sus siglas en inglés) en colaboración con la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés).

**NÚMERO(S) DE TELÉFONO DEL PADRE O LA MADRE:**

**CASA:** | \_ | \_ | \_ | - | \_ | \_ | \_ | - | \_ | \_ | \_ | \_ |

**CELULAR:** | \_ | \_ | \_ | - | \_ | \_ | \_ | - | \_ | \_ | \_ | \_ |

**CORREO ELECTRÓNICO PREFERIDO DEL PADRE O LA MADRE:**

\_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

**¿Cómo prefiere que nos comuniquemos con usted? (Elija todas las opciones que correspondan)**

- TELÉFONO FIJO EN CASA  
 CELULAR (VOZ)                       CELULAR (TEXTO)  
 CORREO ELECTRÓNICO DE PREFERENCIA:

**¿Tiene pensado mudarse de manera permanente o temporal en los próximos 6 a 12 meses?**

- NO                       SÍ - ¿A DÓNDE? \_\_\_\_\_

**¿Tiene [YOUTH'S\_NAME] pensado mudarse de manera permanente o temporal en los próximos 6 a 12 meses?**

- NO                       SÍ - ¿A DÓNDE? \_\_\_\_\_



[www.pathstudyinfo.nih.gov](http://www.pathstudyinfo.nih.gov)

**Gracias por su colaboración.**

Se estima que el cálculo de tiempo para esta recolección de información es de 6 minutos por cuestionario, incluyendo el tiempo necesario para revisar las instrucciones, buscar fuentes de datos existentes, reunir y mantener los datos necesarios y completar y revisar la recolección de información. Ninguna agencia puede realizar ni patrocinar una recolección de información, y ninguna persona está obligada a responder a dicha recolección de información, a menos que esta muestre un número de control vigente de la OMB. Envíe sus comentarios respecto a este cálculo de tiempo o a otro aspecto de esta recolección de información, incluyendo sugerencias de cómo reducir este cálculo de tiempo a: NIH, Project Clearance Branch, 6705 Rockledge Drive, MSC 7974, Bethesda, MD 20892-7974, ATTN: PRA (0925-0664). No devuelva el cuestionario contestado a esta dirección.

DCN {DCN\_BARCODE\_3of9}