

Profesional del Centro de Atención Primaria en Salud – Hoja de recolección de información

**1) Detalles de reclutamiento**

Para *todos* los profesionales de la salud contactados

Los siguientes puntos necesitan ser documentados *por cada profesional contactado*:

<p><b>Código identificador del profesional de la salud</b></p>	<p>_____</p> <p><i>1er dígito: país (1 = Colombia, 2 = México, 3 = Perú)</i>  <i>2do dígito: grupo (4 = Intervención estándar (paquete largo), 3 = Intervención paquete corto; 2 = Control paquete corto; 1 = control)</i>  <i>3er dígito: Número de CAPS</i>  <i>4to y 5to dígito: Número del profesional</i></p>	<p><i>prov.id</i></p>
<p><b>Sexo</b></p>	<p>(1) Mujer                      (2) Hombre                      (3) Otro</p>	<p><i>sex</i></p>
<p><b>Edad</b></p>	<p>____ años</p>	<p><i>age</i></p>
<p><b>Profesión</b></p>	<p>(1) Médico                  (2) Enfermero                      (5) Psicólogo                  (3) Técnico en enfermería                      (6) Trabajador Social                  (4) Obstetra/Partera                      (7) Otro: _____</p>	<p><i>profession/ profession.other</i></p>
<p><b>Número promedio de consultas por semana</b></p>	<p>____ consultas por _____ (día/semana/mes)</p>	<p><i>consultations1/ consultations2</i></p>
<p><b>Aceptado / Rechazado / Sin respuesta</b></p>	<p>(1) Aceptado                  (2) Rechazado                  (3) Sin respuesta</p>	<p><i>accept</i></p>
<p><b>Si rechazó, dé las razones</b></p>	<p>_____                  _____                  _____</p>	<p><i>reason1</i></p>
<p><b>Si no hay respuesta ¿se sospecha alguna razón?</b></p>	<p>_____                  _____                  _____</p>	<p><i>reason2</i></p>

Profesional del Centro de Atención Primaria en Salud – Hoja de recolección de información

**2) Formulario de consentimiento**

Identificador del profesional de la salud: \_\_\_\_\_

- 1. Confirmando que he leído y entendido la hoja de información para el estudio arriba mencionado y he tenido la oportunidad de hacer preguntas
- 2. Confirmando que he leído y entiendo que los datos del estudio que voy a recopilar, se procesarán en el TU Dresde (Alemania) y compartidos a través del Servicio de Datos del Reino Unido.
- 3. Entiendo que mi participación es voluntaria y que soy libre de no participar, sin dar ninguna razón

\_\_\_\_\_  
Nombre del proveedor                      Fecha                      Firma

\_\_\_\_\_  
Investigador                      Fecha                      Firma

Nombre del profesional: Dr./ Sr./ Sra. \_\_\_\_\_

Correo electrónico .....

Teléfono (día) .....

Celular .....