

Consent Form for Participation in Program Evaluation and Data Collection

State Opioid Response Grant

Introduction

You are being offered substance use treatment and/or recovery support services as part of the State Opioid Response (SOR) grant, administered by the Colorado Department of Human Services, Behavioral Health Administration. The SOR grant is funded by the Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA). You are being asked to participate in an evaluation of the treatment and/or recovery support services you receive through this program to understand how well it works for people. You will still receive a referral for treatment and/or recovery support services if you decide to not participate in the evaluation. The evaluation is meant to find out if the treatment and/or recovery support services decrease substance use, reduce acute treatment costs, and connect clients to medication assisted treatment.

Is my participation voluntary?

This evaluation is **voluntary**. **If you decide not to take part, it will not affect your treatment services in any way.** You will still receive a referral for treatment and/or recovery support services. If you choose to participate, **you may skip any questions** at your discretion throughout the interview.

Are there benefits to taking part in the evaluation?

Findings may benefit the substance abuse treatment community and future patients, as findings have the potential to lead to a better understanding of treatment outcomes and factors associated with success in recovery from substance abuse. **If you elect to participate in the follow-up evaluation activities you will receive a \$30 gift card to a local grocery store.**

What are the risks of the evaluation?

- You will be asked questions about sensitive topics such as drug and alcohol use and mental health. These questions may be distressing to you as you think about your experiences. **You may skip any question you do not want to answer.** If you are experiencing distress, the following resources are available:
 - Colorado Crisis Line: You can chat online at <https://coloradocrisisservices.org/>, text "TALK" to 38255, or call 1-844-493-8255.
 - Find a mental health or substance use provider near you: https://www.colorado.gov/LADDERS/OBH_PSS_Search?
- This evaluation does not involve medical tests or procedures. Because of this, the risk for physical injury is low. The evaluation team takes very careful steps to keep your information strictly confidential and minimizes the risk of loss of privacy.

What happens if I participate in the evaluation?

- If you agree to participate in the evaluation, you will be asked to share information about your age, gender and race/ ethnicity. You will also be asked about things like your living situation, physical or mental health, use of alcohol or drugs, treatment received, criminal legal involvement, education, employment, and income. **None of the information you share will impact your treatment or recovery support services.**
- This information will be collected by treatment providers and by The Evaluation Center at the University of Colorado Denver on behalf of the Colorado Department of Human Services, Behavioral Health Administration.
- Information will be collected either in person or by telephone.
- The information you share will only be used for this evaluation and **will be kept confidential.** The information you provide will be combined with information from other individuals participating in the program so that **results from the evaluation cannot be linked to you individually.**
- Participation in the evaluation involves the following:



COLORADO
Behavioral Health
Administration



The Evaluation Center
UNIVERSITY OF COLORADO
DENVER | ANSCHUTZ MEDICAL CAMPUS

- Information that you provide during the intake process, including your answers to questions about your health such as alcohol and drug use, and physical and mental health, will be shared with the evaluation team.
- Information about the treatment and/or recovery support services you receive through SOR will be collected and shared.
- You will be asked to complete an **intake, 6-month follow-up, and discharge surveys**, which will only take about **30 minutes each time**. The Evaluation Center will contact you to schedule and complete the 6-month follow-up and discharge surveys.
- We will ask you to provide contact information for up to three people who will be able to get a message to you when it is time for your follow-up surveys, in case we are not able to contact you directly or your contact information has changed. **We will NOT provide information to these individuals about your treatment.** We simply ask that they let you know to call The Evaluation Center.

What are the costs?

There are no costs to you. If you get a referral to treatment or recovery services as part of this project, these services are free.

What will happen to the information collected about me?

The information you share will only be used for this evaluation and federal reporting about state treatment services and **will be kept confidential**. The information you provide will be combined with information from other individuals participating in the program so that **results from the evaluation cannot be linked to you individually**.

What about confidentiality?

Federal and state laws require that staff at each partner agency **protect the privacy of your records**. When reports on the evaluation are written, your information will be combined with information from other people. **Evaluation reports won't use any names or other information that would identify you personally.**

There are exceptions to confidentiality. If you tell us that you want to hurt yourself or someone else, or report that someone wants to hurt you, we have to report that so you can get help.

How long will I be in the evaluation?

- You will be in the evaluation from the time of your intake into the treatment program through the date you discharge from the program. However, you may be asked to participate in follow-up evaluation activities through October 31, 2025. Again, your participation is entirely voluntary.
- Your permission for the evaluators to contact you ends October 31, 2025, twelve (12) months after the grant ends. By that date, the evaluators will remove your name and other information that identifies you from their records. They will keep the evaluation records without your name and other identifiers indefinitely to use in final evaluation reports.

How many people will take part in the evaluation?

This evaluation takes place throughout Colorado. The program plans to provide treatment and recovery services to over 2,000 people over a two year period, which began in October 2022.

What other options are there?

This evaluation is voluntary. If you don't want to take part in the evaluation, you can still receive the treatment and recovery services provided by this grant. If you want more help with mental health, drug or alcohol problems but decide not to receive any services through SOR, you will be given the name of someone else to talk to. You may choose to skip any question asked of you, or discontinue your participation at any time.

What are my rights as a participant?



COLORADO
Behavioral Health
Administration



The Evaluation Center
UNIVERSITY OF COLORADO
DENVER | ANSCHUTZ MEDICAL CAMPUS

If you have questions about your rights as a person taking part in the evaluation, you may call 720-576-8385. You do not have to give your name if you call. You may also learn more or schedule your own follow-up survey by visiting: <https://www.sorcolorado.org/gpra-clients/>

Can I stop participation in the evaluation?

Even if you agree to take part, **you can change your mind and leave the evaluation** at any time. To leave the evaluation, contact The Evaluation Center at (720) 576-8385 or GPR@SORColorado.org. The evaluation team will remove your information from the evaluation records and will not use it in any reports after they hear from you. They will not contact you for the 6-month and discharge follow-up surveys. If you withdraw from the evaluation, you won't lose any benefits or services from any medical provider.

If you have questions about this program, you may contact:

Allyssa Mastroni
The Evaluation Center at CU Denver
Allyssa.Mastroni@UCDenver.edu

Page left intentionally blank.

Client Consent and Legal Rights

I have read the information above or it has been read to me. The evaluation has been explained to me, and all of my questions have been answered to my satisfaction. By signing this consent form, I agree to each of the items listed below:

- I agree to be in this evaluation and the evaluators may use the personal information I give in the interview for evaluation purposes.
- The evaluators may also contact me at my 6-month and discharge time and ask for an interview. I can decide at that time whether to be interviewed.
- The evaluators may also contact me and ask for participation in a focus group or an individual interview. I can decide at that time whether I want to participate.
- The evaluators may collect information about treatment and recovery support services I receive through SOR program.
- I give my permission for the evaluators to try to find me through the names and contact information I provide, as well as by contacting case managers or services providers that have worked with me as a part of this grant to ask for updated contact information for me.

I am voluntarily signing this form. I will be given a copy of this consent form. I am not giving up any of my legal rights by signing this form. There is no penalty if I decide not to take part or leave the evaluation.

PRINT NAME OF CLIENT: _____

Signature of Client Date

Signature of Person Conducting Intake into Evaluation Date

Copies to: Client
Hold Original Copy



Page left intentionally blank.

State Opioid Response (SOR) Program

Consent Form for Participation in Program Evaluation and Data Collection (Spanish)

Introducción

Se le ofrece tratamiento por abuso de sustancias y/o servicios de apoyo para la recuperación como parte del programa SOR, un proyecto financiado por la Administración de Servicios de Salud Mental y Abuso de Sustancias (SAMHSA). Se le solicita que participe en una evaluación del tratamiento y/o los servicios de apoyo para la recuperación que recibe a través de este programa **para comprender qué tan bien funciona para las personas**. Seguirá recibiendo una remisión para tratamiento y/o servicios de apoyo para la recuperación. La evaluación tiene como objetivo averiguar si los servicios de tratamiento disminuyen el uso de sustancias, reducen los costos de tratamiento agudo y conectan a los clientes con la Terapia Médica Asistida.

¿Mi participación es voluntaria?

Esta evaluación es **voluntaria**. **Si decide no participar, no afectará sus servicios de tratamiento de ninguna manera**. Seguirá recibiendo una remisión para tratamiento y/o servicios de apoyo a la recuperación. Si elige participar, puede omitir cualquier pregunta a su discreción durante toda la entrevista.

¿Cuántas personas participarán en la evaluación?

Esta evaluación se lleva a cabo en todo Colorado. El programa planea brindar servicios de tratamiento y recuperación a más de 2,000 personas durante un período de dos años, a partir de octubre de 2022.

¿Qué pasa si participo en la evaluación?

- Si acepta participar en la evaluación, se le pedirá que comparta información sobre su edad, sexo y raza/etnia. También se le preguntará sobre cosas tales como su situación de vida, salud física o mental, uso de alcohol o drogas, tratamiento recibido, participación en la justicia penal, su educación, empleo e ingresos. **Ninguna de la información que comparta afectará su tratamiento o los servicios de apoyo para la recuperación.**
- Esta información será recopilada por los proveedores de tratamiento y por el Centro de Evaluación de la Universidad de Colorado en Denver en nombre de la Oficina de Salud Conductual.
- La información será recopilada en persona o por teléfono.
- La información que comparta sólo se utilizará para esta evaluación y **se mantendrá confidencial**. La información que proporcione se combinará con la información de otras personas que participan en el programa para que **los resultados de la evaluación no se puedan enlazar a usted individualmente**.
- La participación en la evaluación implica lo siguiente:
 - La información que proporcione durante el proceso de admisión, incluyendo sus respuestas a preguntas sobre su salud, como el uso de alcohol y drogas, y la salud física y mental, se compartirá con el equipo de evaluación.
 - Se recopilará y compartirá información sobre el tratamiento y/o los servicios de apoyo para la recuperación que reciba a través de SOR.
- Se le pedirá que complete una encuesta de admisión, **una entrevista de 6 meses y una entrevista de descarga**, que solo tomarán unos **30 minutos cada vez**. El Centro de Evaluación se comunicará con usted para programar y completar las entrevistas de 6 meses y de descarga.
- Le pediremos que proporcione información de contacto de hasta tres personas que podrán enviarle un mensaje cuando sea el momento de sus entrevistas, en caso de que no podamos comunicarnos con usted directamente o su información de contacto haya cambiado. **NO** proporcionaremos información a estas personas sobre su tratamiento. Simplemente les pedimos que le avisen que llame al Centro de Evaluación.

¿Qué pasará con la información recopilada sobre mí?

La información que comparta sólo se utilizará para esta evaluación e informe federal sobre los servicios de tratamiento estatales y **se mantendrá confidencial**. La información que proporcione se combinará con la información de otras personas que participan en el programa para que los resultados de la evaluación **no se puedan enlazar a usted individualmente**.



COLORADO
Behavioral Health
Administration



The Evaluation Center
UNIVERSITY OF COLORADO
DENVER | ANSCHUTZ MEDICAL CAMPUS

¿Y la confidencialidad?

Las leyes federales y estatales requieren que el personal de cada agencia asociada proteja la privacidad de sus registros. Cuando se redactan los informes sobre la evaluación, su información se combinará con información de otras personas. Los informes de evaluación no usarán ningún nombre u otra información que lo identifique personalmente.

Hay excepciones a la confidencialidad. Si dice algo que nos hace sospechar que le ha ocurrido abuso o negligencia a un niño o una persona mayor, tenemos que reportarlo a los Servicios de Protección Infantil o Servicios de Protección para Adultos. Además, si nos dice que quiere hacerse daño a sí mismo o a otra persona, o informa que alguien quiere hacerle daño, tenemos que reportarlo para que pueda obtener ayuda.

¿Cuánto tiempo estará en la evaluación?

- Estará en la evaluación desde el momento de su admisión en el programa de tratamiento hasta la fecha de su descarga del programa. Sin embargo, se le puede solicitar que participe en actividades de evaluación de seguimiento hasta el 31 de octubre de 2025. Una vez más, su participación es completamente voluntaria.
- Su permiso para que los evaluadores se comuniquen con usted finaliza el 31 de octubre de 2025, doce (12) meses después de que finalice la subvención. Para esa fecha, los evaluadores eliminarán su nombre y otra información que lo identifique de sus registros. Mantendrán los registros de evaluación sin su nombre y otros identificadores por tiempo indefinido para usarlos en los informes finales de evaluación.

¿Cuáles son los riesgos de la evaluación?

- Se le harán preguntas sobre temas delicados como el uso de drogas y alcohol, la actividad sexual y la salud mental. Estas preguntas le pueden causar angustia al pensar en sus experiencias. **Puede omitir cualquier pregunta que no desee responder.** Si siente angustia, los siguientes recursos están disponibles:
 - Línea de crisis de Colorado: puede chatear en línea en <https://coloradocrisiservices.org/>, envíe un mensaje de texto con la palabra "TALK" al 38255 o llame al 1-844-493-8255.
 - Encuentre un proveedor de salud mental o abuso de sustancias cerca de usted: https://www.colorado.gov/LADDERS/OBH_PSS_Search?
- Esta evaluación no incluye pruebas o procedimientos médicos. Debido a esto, el riesgo de lesiones físicas es bajo. El equipo de evaluación toma medidas muy cuidadosas para mantener su información estrictamente confidencial y minimiza el riesgo de pérdida de privacidad.

¿Hay beneficios por participar en la evaluación?

Los hallazgos pueden beneficiar a la comunidad de tratamiento por abuso de sustancias y a futuros pacientes, ya que los hallazgos tienen el potencial de conducir a una mejor comprensión de los resultados del tratamiento y los factores asociados con el éxito en la recuperación del abuso de sustancias. Si elige participar en las actividades de evaluación de seguimiento, recibirá una tarjeta de regalo para una tienda de comestibles local.

¿Qué otras opciones hay?

Esta evaluación es voluntaria. Si no desea participar en la evaluación, aún puede recibir los servicios de tratamiento y recuperación proporcionados por esta subvención. Si desea más ayuda con problemas de salud mental, drogas o alcohol, pero decide no recibir ningún servicio a través de SOR, se le dará el nombre de otra persona con quien hablar. Puede optar por omitir cualquier pregunta que se le haga o suspender su participación en cualquier momento.

¿Cuáles son los costos?

No hay costos para usted. Si obtiene una remisión a servicios de tratamiento o recuperación como parte de este proyecto, estos servicios son gratuitos.

¿Cuáles son mis derechos como participante?



COLORADO
Behavioral Health
Administration



The Evaluation Center
UNIVERSITY OF COLORADO
DENVER | ANSCHUTZ MEDICAL CAMPUS

Si tiene preguntas sobre sus derechos como persona que participa en la evaluación, puede llamar a 720-576-8385. No tiene que dar su nombre si llama. También puede obtener más información o programar su propia entrevista visitando: <https://www.sorcolorado.org/gpra-clients/>

¿Puedo dejar de participar en la evaluación?

Aunque acepte participar, **puede cambiar de opinión y abandonar la evaluación en cualquier momento**. Para salir de la evaluación, comuníquese con The Evaluation Center al (720) 693-9372 o GPRA@SORColorado.org. El equipo de evaluación eliminará su información de los registros de evaluación y no la utilizará en ningún informe. No se comunicarán con usted para las entrevistas de 6 meses y de descarga. Si se retira de la evaluación, no perderá ningún beneficio o servicio de ningún proveedor médico.

Si tiene preguntas sobre este programa, puede comunicarse con:

Allyssa Mastroni
The Evaluation Center at CU Denver
Allyssa.Mastroni@UCDenver.edu

Page left intentionally blank.

Consentimiento del Cliente y Derechos Legales

He leído la información anterior o me la han leído. Se me ha explicado la evaluación y todas mis preguntas han sido respondidas a mi satisfacción. Al firmar este formulario de consentimiento, acepto cada uno de los elementos que se enumeran a continuación:

- Acepto estar en esta evaluación y los evaluadores pueden usar la información personal que proporcioné en la entrevista para propósitos de evaluación.
- Los evaluadores también pueden comunicarse conmigo a los 6 meses y al momento de la descarga y solicitar una entrevista. Puedo decidir en ese momento si seré entrevistado.
- Los evaluadores también pueden ponerse en contacto conmigo y solicitar la participación en un grupo focal o una entrevista individual. Puedo decidir en ese momento si quiero participar.
- Los evaluadores pueden recopilar información sobre los servicios de tratamiento y apoyo para la recuperación que recibo a través del programa SOR.
- Doy mi permiso para que los evaluadores intenten encontrarme a través de los nombres y la información de contacto que proporciono, así como también poniéndose en contacto con los administradores de casos o proveedores de servicios que han trabajado conmigo como parte de esta subvención para solicitar información de contacto actualizada para mí.

Estoy firmando voluntariamente este formulario. Se me entregará una copia de este formulario de consentimiento. No renuncio a ninguno de mis derechos legales al firmar este formulario. No hay pena si decido no participar o dejar la evaluación.

IMPRIMIR NOMBRE DEL CLIENTE: _____

Firma del cliente

Fecha

Firma de la persona que realiza la admisión

Fecha

Copies to: Client
Hold Original Copy

Page left intentionally blank.