



Wake Forest University
School of Medicine

PROJECT MARVEL

School-Based Survey

English Version – page 2

Spanish Version – page 11



PROJECT MARVEL School-Based Survey

Please enter the 4-digit passcode:	_____
Please enter your WSFCS Student ID	_____
Please confirm your WSFCS Student ID by entering it again	_____
Please enter your full legal first name (If you usually go by a nickname or your middle name, please instead write the name you would use on formal documents.)	_____
Please confirm your full legal first name by entering it again	_____
Please enter your full legal last name	_____
Please confirm your full legal last name by entering it again	_____
What is your date of birth?	_ _ / _ _ / _ _ _ _
Please confirm your date of birth	_ _ / _ _ / _ _ _ _
Please enter your cell phone number <i>We need your cell phone number to ensure we have a correct match to the permission form that your parent or guardian filled out. We will not contact you on this number unless you give us permission to do so when asked later in the survey.</i>	(_ _ _) _ _ _ - _ _ _ _

<p>In what school are you currently enrolled? (If you are taking this survey at the Career Center, please select your home school.)</p>	<input type="checkbox"/> Atkins <input type="checkbox"/> Carver <input type="checkbox"/> East Forsyth <input type="checkbox"/> Glenn <input type="checkbox"/> Mount Tabor <input type="checkbox"/> North Forsyth <input type="checkbox"/> Parkland <input type="checkbox"/> Reagan <input type="checkbox"/> Reynolds <input type="checkbox"/> Walkertown <input type="checkbox"/> West Forsyth <input type="checkbox"/> Winston-Salem Prep <input type="checkbox"/> Carter
<p>What grade are you in?</p>	<input type="checkbox"/> 9 th grade <input type="checkbox"/> 10 th grade <input type="checkbox"/> 11 th grade <input type="checkbox"/> 12 th grade


First, we will ask some questions about you.




<p>How many classes are you taking at the Career Center this semester?</p>	<input type="checkbox"/> None <input type="checkbox"/> One <input type="checkbox"/> Two <input type="checkbox"/> Three <input type="checkbox"/> Four <input type="checkbox"/> Five <input type="checkbox"/> Six
<p>Are you Hispanic, Latino/a, or of Spanish origin?</p>	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> I prefer not to answer
<p>What is your race? Choose all that apply.</p>	<input type="checkbox"/> American Indian or Alaska Native <input type="checkbox"/> Asian <input type="checkbox"/> Black or African American <input type="checkbox"/> Native Hawaiian or Pacific Islander <input type="checkbox"/> White <input type="checkbox"/> Some other race Please specify): _____ <input type="checkbox"/> I prefer not to answer
<p>What sex were you assigned at birth?</p>	<input type="checkbox"/> Female <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> I prefer not to answer

<p>What is your gender identity?</p>	<p> <input type="checkbox"/> Female <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Transgender (male to female) <input type="checkbox"/> Transgender (female to male) <input type="checkbox"/> Genderqueer, gender non-conforming, or non-binary <input type="checkbox"/> Different identity Please specify: _____ <input type="checkbox"/> I prefer not to answer </p>
<p>In general, would you say your health is...</p>	<p> <input type="checkbox"/> Excellent <input type="checkbox"/> Very good <input type="checkbox"/> Good <input type="checkbox"/> Fair <input type="checkbox"/> Poor </p>
<p>In general, would you say your quality of life is...</p>	<p> <input type="checkbox"/> Excellent <input type="checkbox"/> Very good <input type="checkbox"/> Good <input type="checkbox"/> Fair <input type="checkbox"/> Poor </p>
<p>In general, how would you rate your physical health?</p>	<p> <input type="checkbox"/> Excellent <input type="checkbox"/> Very good <input type="checkbox"/> Good <input type="checkbox"/> Fair <input type="checkbox"/> Poor </p>
<p>In general, how would you rate your mental health, including your mood and ability to think?</p>	<p> <input type="checkbox"/> Excellent <input type="checkbox"/> Very good <input type="checkbox"/> Good <input type="checkbox"/> Fair <input type="checkbox"/> Poor </p>
<p>How often do you feel really sad?</p>	<p> <input type="checkbox"/> Never <input type="checkbox"/> Rarely <input type="checkbox"/> Sometimes <input type="checkbox"/> Often <input type="checkbox"/> Always </p>
<p>How often do you have fun with friends?</p>	<p> <input type="checkbox"/> Always <input type="checkbox"/> Often <input type="checkbox"/> Sometimes <input type="checkbox"/> Rarely <input type="checkbox"/> Never </p>

<p>How often do your parents listen to your ideas?</p>	<input type="checkbox"/> Always <input type="checkbox"/> Often <input type="checkbox"/> Sometimes <input type="checkbox"/> Rarely <input type="checkbox"/> Never
--------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Next, we have some questions about your use of tobacco and nicotine products.

<p>In the past 30 days, on how many days did you use a vape with <u>nicotine</u>, even one or two puffs? Do not include times that you may have used a vape that did not contain nicotine.</p> <p>If you haven't used this product, please enter 0.</p> 	<p>_____ days</p>
<p>On a scale of 0%-100% (not addicted to extremely addicted), how addicted to vapes that contain nicotine do you think you are?</p>	<p>_____ %</p>
<p>During the past 30 days, what brand of vape with nicotine did you usually use?</p>	<input type="checkbox"/> Vuse <input type="checkbox"/> JUUL <input type="checkbox"/> Elf Bar <input type="checkbox"/> NJOY <input type="checkbox"/> Breeze Smoke <input type="checkbox"/> Some other brand Please write the brand name: _____ <input type="checkbox"/> I'm not sure
<p>Have you ever been curious about using a vape with nicotine?</p>	<input type="checkbox"/> Not at all <input type="checkbox"/> A little <input type="checkbox"/> Somewhat <input type="checkbox"/> Very
<p>Do you think you will use a vape with nicotine in the next year?</p>	<input type="checkbox"/> Definitely no <input type="checkbox"/> Probably no <input type="checkbox"/> Probably yes <input type="checkbox"/> Definitely yes

<p>If one of your best friends were to offer you a vape with nicotine, would you try it?</p>	<p> <input type="checkbox"/> Definitely no <input type="checkbox"/> Probably no <input type="checkbox"/> Probably yes <input type="checkbox"/> Definitely yes </p>
<p>In the past 30 days, on how many days did you use a pen, disposable (“dispo”), or cartridge (“cart”) with <u>something other than nicotine</u>, even one or two puffs? This includes weed, synthetic weed, or flavored vapes without nicotine.</p> <p>If you haven’t used any of these products, please enter 0.</p> 	<p>_____ days</p>
<p>In the past 30 days, on how many days did you smoke a cigarette, even one or two puffs?</p> <p>If you haven’t used this product, please enter 0.</p> 	<p>_____ days</p>
<p>In the past 30 days, on how many days did you smoke a cigar, little cigar, or cigarillo, even one or two puffs?</p> <p>If you haven’t used any of these products, please enter 0.</p> 	<p>_____ days</p>

In the past 30 days, on how many days did you smoke tobacco in a hookah, even one or two puffs?

_____ days

If you haven't used this product, please enter 0.



In the past 30 days, on how many days did you use a smokeless tobacco product such as dip, chew, snuff, or snus?

_____ days

If you haven't used any of these products, please enter 0.



In the past 30 days, on how many days did you use an oral nicotine product, such as Zyn, On!, or Lucy?

_____ days

If you haven't used this product, please enter 0.



In the past 30 days, on how many days did you use any other tobacco such as pipe, cloves, or heat-not-burn?

_____ days

If you haven't used any of these products, please enter 0.



Please select how often each of these statements is true for you.

<p>In the past 7 days, I felt stressed.</p>	<p><input type="checkbox"/> Never <input type="checkbox"/> Rarely <input type="checkbox"/> Sometimes <input type="checkbox"/> Often <input type="checkbox"/> Always</p>
<p>In the past 7 days, I felt that my problems kept piling up.</p>	<p><input type="checkbox"/> Never <input type="checkbox"/> Rarely <input type="checkbox"/> Sometimes <input type="checkbox"/> Often <input type="checkbox"/> Always</p>
<p>In the past 7 days, I felt overwhelmed.</p>	<p><input type="checkbox"/> Never <input type="checkbox"/> Rarely <input type="checkbox"/> Sometimes <input type="checkbox"/> Often <input type="checkbox"/> Always</p>
<p>In the past 7 days, I felt unable to manage things in my life.</p>	<p><input type="checkbox"/> Never <input type="checkbox"/> Rarely <input type="checkbox"/> Sometimes <input type="checkbox"/> Often <input type="checkbox"/> Always</p>
<p>In the past 7 days, my heart beat faster than usual, even when I was not exercising or playing heart.</p>	<p><input type="checkbox"/> Never <input type="checkbox"/> Rarely <input type="checkbox"/> Sometimes <input type="checkbox"/> Often <input type="checkbox"/> Always</p>
<p>In the past 7 days, I had trouble breathing, even when I was not exercising or playing hard.</p>	<p><input type="checkbox"/> Never <input type="checkbox"/> Rarely <input type="checkbox"/> Sometimes <input type="checkbox"/> Often <input type="checkbox"/> Always</p>
<p>In the past 7 days, my body shook.</p>	<p><input type="checkbox"/> Never <input type="checkbox"/> Rarely <input type="checkbox"/> Sometimes <input type="checkbox"/> Often <input type="checkbox"/> Always</p>
<p>In the past 7 days, I had pain that really bothered me.</p>	<p><input type="checkbox"/> Never <input type="checkbox"/> Rarely <input type="checkbox"/> Sometimes <input type="checkbox"/> Often <input type="checkbox"/> Always</p>

Your Contact Information

Project MARVEL includes more studies that you may be eligible for. If you are eligible and you choose to participate in the other studies, you will receive gift card incentives.

We need your contact information so that we can reach you if you are eligible to participate in other Project MARVEL studies. However, you are not required to provide any contact information.

As a reminder, your responses will not be shared with anyone outside of the study team, such as parents, guardians, teachers, coaches, or other school officials.

Your first name	
Your last name	
Your preferred name (if different from above)	_____
Your preferred email address <i>Please note that if you use your school email address, school administrators may see that you are invited to participate in other Project MARVEL studies, but they will not be able to see any of your responses to the survey questions. If you prefer to use your personal email address, please list that.</i>	_____
Re-enter your email	_____
Cell phone number (with area code) <i>By providing your cell phone number here, you give the study team permission to contact you using this number.</i>	(___) ___ - _____
Cell phone number (with area code)	(___) ___ - _____
Can we text you at this number? <i>Please note that data and messaging rates may apply.</i>	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No

Thank you for completing the Project MARVEL School-Based Survey!

You will receive an email from a company called Tango, a site where you can choose from a variety of gift cards, including Amazon, Google Play, Dunkin' Donuts, and more. It may take 1-2 business days for the email to arrive. Please check your spam folders if you do not receive the email. Contact the study team at MarvelStudy@wakehealth.edu or 336-716-4313 with any questions or concerns.

The email address you entered on the previous page is:	(email address from Your Contact Information)
If you would like to use a different email address instead, please enter it:	_____
Please enter an email address to receive your electronic gift card. This email will not be used to contact you for any other Project MARVEL studies.	_____



**PROYECTO MARVEL
Encuesta Escolar**

Por favor ingrese el código de acceso de 4 dígitos:	_____
Por favor ingrese su número de Identificación de Estudiante de WSFCS	_____ _____
Por favor confirme se número de Identificación de Estudiante de WSFCS al ingresarlo nuevamente	_____
Por favor ingrese su primer nombre legal completo <i>(Si normalmente usa un apodo o su segundo nombre, escriba el nombre que usaría en los documentos formales.)</i>	_____
Por favor confirme su primer nombre legal completo ingresándolo de nuevo	_____
Por favor ingrese su(s) apellido(s) legal(es) completo(s)	_____

Por favor confirme su(s) apellido(s) legal(es) completo(s) ingresándolo(s) de nuevo	_____
¿Cuál es su fecha de nacimiento?	__ / __ / ____
Por favor, confirme su fecha de nacimiento	__ / __ / ____
Por favor, ingrese su número de teléfono celular <i>Necesitamos su número de teléfono celular para asegurarnos de que coincide con el formulario de autorización que completó su padre/madre o tutor(a). No nos comunicaremos con usted por medio de este número, a menos que usted nos autorice a hacerlo cuando se lo pidamos más adelante en la encuesta.</i>	(____) _____ - _____

<p>¿En qué escuela está inscrito(a) actualmente? (Si está realizando esta encuesta en el Career Center, por favor seleccione la escuela en la que estudia.)</p>	<input type="checkbox"/> Atkins <input type="checkbox"/> Carver <input type="checkbox"/> East Forsyth <input type="checkbox"/> Glenn <input type="checkbox"/> Mount Tabor <input type="checkbox"/> North Forsyth <input type="checkbox"/> Parkland <input type="checkbox"/> Reagan <input type="checkbox"/> Reynolds <input type="checkbox"/> Walkertown <input type="checkbox"/> West Forsyth <input type="checkbox"/> Winston-Salem Prep <input type="checkbox"/> Carter
<p>¿En qué año escolar está usted?</p>	<input type="checkbox"/> 9º grado <input type="checkbox"/> 10º grado <input type="checkbox"/> 11º grado <input type="checkbox"/> 12º grado


Primero, le haremos algunas preguntas acerca de usted.



<p>¿Cuántas clases está tomando en el Career Center este semestre?</p>	<input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> Una <input type="checkbox"/> Dos <input type="checkbox"/> Tres <input type="checkbox"/> Cuatro <input type="checkbox"/> Cinco <input type="checkbox"/> Seis
<p>¿Es</p>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Prefiero no responder
<p>¿Cuál es su raza? Elija todas las que corresponden.</p>	<input type="checkbox"/> Indígena Americana o Nativa de Alaska <input type="checkbox"/> Asiática <input type="checkbox"/> Negra o Afroamericana <input type="checkbox"/> Nativa de Hawái u otras islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanca <input type="checkbox"/> Otra raza Por favor especifique: _____ <input type="checkbox"/> Prefiero no responder
<p>¿Qué sexo le asignaron al nacer?</p>	<input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Prefiero no responder

<p>¿Cuál es su identidad de género?</p>	<p> <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Transgénero (hombre a mujer) <input type="checkbox"/> Transgénero (mujer a hombre) <input type="checkbox"/> Género queer, género no conforme o no binario <input type="checkbox"/> Identidad diferente Por favor especifique: _____ <input type="checkbox"/> Prefiero no responder </p>
<p>En general, dirías que tu salud es...</p>	<p> <input type="checkbox"/> Excelente <input type="checkbox"/> Muy buena <input type="checkbox"/> Buena <input type="checkbox"/> Pasable <input type="checkbox"/> Mala </p>
<p>En general, dirías que tu calidad de vida es...</p>	<p> <input type="checkbox"/> Excelente <input type="checkbox"/> Muy buena <input type="checkbox"/> Buena <input type="checkbox"/> Pasable <input type="checkbox"/> Mala </p>
<p>En general, ¿cómo dirías que es la salud de tu cuerpo?</p>	<p> <input type="checkbox"/> Excelente <input type="checkbox"/> Muy buena <input type="checkbox"/> Buena <input type="checkbox"/> Pasable <input type="checkbox"/> Mala </p>
<p>En general, ¿cómo dirías que es la salud de tu mente, que incluye cómo te sientes de humor y qué tan bien puedes pensar?</p>	<p> <input type="checkbox"/> Excelente <input type="checkbox"/> Muy buena <input type="checkbox"/> Buena <input type="checkbox"/> Pasable <input type="checkbox"/> Mala </p>
<p>¿Cuántas veces te sientes muy triste?</p>	<p> <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Muy pocas veces <input type="checkbox"/> Algunas veces <input type="checkbox"/> Muchas veces <input type="checkbox"/> Siempre </p>
<p>¿Cuántas veces te diviertes con tus amigos?</p>	<p> <input type="checkbox"/> Siempre <input type="checkbox"/> Muchas veces <input type="checkbox"/> Algunas veces <input type="checkbox"/> Muy pocas veces <input type="checkbox"/> Nunca </p>

<p>¿Cuántas veces te escuchan tus padres cuando les cuentas lo que piensas</p>	<p><input type="checkbox"/> Siempre <input type="checkbox"/> Muchas veces <input type="checkbox"/> Algunas veces <input type="checkbox"/> Muy pocas veces <input type="checkbox"/> Nunca</p>
--------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

A continuación, tenemos algunas preguntas sobre su consumo de tabaco y productos de nicotina.

<p>En los últimos 30 días, ¿cuántos días utilizó un vaporizador (cigarrillo electrónico) con <u>nicotina</u>, aunque sólo fueran una o dos inhalaciones? No incluya las veces que pudo haber utilizado un vaporizador (cigarrillo electrónico) sin nicotina.</p>	<p>_____ días</p>
<p>Si no ha utilizado este producto, por favor ingrese 0.</p>	
	
<p>En una escala del 0% al 100% (de no adictos a extremadamente adictos), ¿qué tan adicto(a) cree que es a los vaporizadores que contienen nicotina?</p>	<p>_____ %</p>
<p>En los últimos 30 días, ¿qué marca de vaporizador con nicotina usó habitualmente?</p>	<p><input type="checkbox"/> Vuse <input type="checkbox"/> JUUL <input type="checkbox"/> Elf Bar <input type="checkbox"/> NJOY <input type="checkbox"/> Breeze Smoke <input type="checkbox"/> Otra marca Por favor escriba el nombre de la marca: _____ <input type="checkbox"/> No estoy seguro(a)</p>
<p>¿Alguna vez ha sentido curiosidad por utilizar un vaporizador con nicotina?</p>	<p><input type="checkbox"/> Para nada <input type="checkbox"/> Un poco <input type="checkbox"/> Algo <input type="checkbox"/> Mucha</p>

<p>¿Cree que utilizará un vaporizador con nicotina durante el próximo año?</p>	<p><input type="checkbox"/> Definitivamente no <input type="checkbox"/> Probablemente no <input type="checkbox"/> Probablemente sí <input type="checkbox"/> Definitivamente sí</p>
<p>Si uno de sus mejores amigos le ofreciera un vaporizador con nicotina, ¿lo probaría?</p>	<p><input type="checkbox"/> Definitivamente no <input type="checkbox"/> Probablemente no <input type="checkbox"/> Probablemente sí <input type="checkbox"/> Definitivamente sí</p>
<p>En los últimos 30 días, ¿cuántos días utilizó un vaporizador bolígrafo, ya sea desechable (a veces llamado “dispo” en inglés), o de cartucho (a veces llamado “cart” en inglés) con algo que no fuera nicotina, aunque fueran una o dos inhalaciones? Esto incluye marihuana, marihuana sintética, o vaporizadores de sabores sin nicotina.</p> <p>Si no ha utilizado ninguno de estos productos, por favor ingrese 0.</p> 	<p>_____ días</p>
<p>En los últimos 30 días, ¿cuántos días fumó un cigarrillo, aunque sólo fueran una o dos inhalaciones?</p> <p>Si no ha utilizado este producto, por favor ingrese 0.</p> 	<p>_____ días</p>
<p>En los últimos 30 días, ¿cuántos días fumó un puro, un purito, o un cigarrillo, aunque sólo fueran una o dos inhalaciones?</p> <p>Si no ha utilizado ninguno de estos productos, por favor ingrese 0.</p> 	<p>_____ días</p>

En los últimos 30 días, ¿cuántos días fumo tabaco en una pipa de agua, aunque sólo fueran una o dos inhalaciones?

_____ días

Si no ha utilizado este producto, por favor ingrese 0.



En los últimos 30 días, ¿cuántos días consumió un producto de tabaco sin humo, como dip, tabaco masticable, rapé, o snus?

_____ días

Si no ha utilizado ninguno de estos productos, por favor ingrese 0.



En los últimos 30 días, ¿cuántos días utilizo un producto de nicotina oral, como Zyn, On!, o Lucy?

_____ días

Si no ha utilizado este producto, por favor ingrese 0.



En los últimos 30 días, ¿cuántos días consumió algún otro producto de tabaco o nicotina, como pipa, clavo o cigarrillos sin combustión?

_____ días

Si no ha utilizado ninguno de estos productos, por favor ingrese 0.



Por favor, seleccione con qué frecuencia es cierta par usted cada una de estas afirmaciones.

<p>En los últimos 7 días, me he sentido estresado(a).</p>	<p><input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Rara vez <input type="checkbox"/> Algunas veces <input type="checkbox"/> A menudo <input type="checkbox"/> Siempre</p>
<p>En los últimos 7 días, he tenido la sensación de que se me acumulaban los problemas.</p>	<p><input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Rara vez <input type="checkbox"/> Algunas veces <input type="checkbox"/> A menudo <input type="checkbox"/> Siempre</p>
<p>En los últimos 7 días, las cosas eran demasiado para mí.</p>	<p><input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Rara vez <input type="checkbox"/> Algunas veces <input type="checkbox"/> A menudo <input type="checkbox"/> Siempre</p>
<p>En los últimos 7 días, me he sentido incapaz de controlar ciertas cosas de mi vida.</p>	<p><input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Rara vez <input type="checkbox"/> Algunas veces <input type="checkbox"/> A menudo <input type="checkbox"/> Siempre</p>
<p>En los últimos 7 días, el corazón me latía más rápido que de costumbre, aunque no estuviera haciendo ejercicio ni jugando con energía.</p>	<p><input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Rara vez <input type="checkbox"/> Algunas veces <input type="checkbox"/> A menudo <input type="checkbox"/> Siempre</p>
<p>En los últimos 7 días, he tenido dificultad para respirar, aunque no estuviera haciendo ejercicio ni jugando con energía.</p>	<p><input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Rara vez <input type="checkbox"/> Algunas veces <input type="checkbox"/> A menudo <input type="checkbox"/> Siempre</p>
<p>En los últimos 7 días, me ha temblado todo el cuerpo.</p>	<p><input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Rara vez <input type="checkbox"/> Algunas veces <input type="checkbox"/> A menudo <input type="checkbox"/> Siempre</p>
<p>En los últimos 7 días, he tenido mucho dolor que me ha molestado mucho.</p>	<p><input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Rara vez <input type="checkbox"/> Algunas veces <input type="checkbox"/> A menudo <input type="checkbox"/> Siempre</p>

Su Información de Contacto

El Proyecto MARVEL incluye más estudios a los que usted puede ser elegible. Si usted es elegible y decide participar en los otros estudios, usted recibirá incentivos en forma de tarjetas regalo.

Necesitamos su información de contacto para poder comunicarnos con usted en caso de que sea elegible para participar en otros estudios del Proyecto MARVEL. Sin embargo, no es obligatorio proporcionar ningún tipo de información de contacto.

Le recordamos que sus respuestas no se compartirán con ninguna persona que no pertenezca al equipo de estudio, como padres, tutores, profesores, entrenadores u otras autoridades escolares.

Su primer nombre	
Su(s) apellido(s)	
Su nombre preferido (si es diferente al indicado arriba)	_____
Su dirección de correo electrónico preferida <i>Por favor, recuerde que, si utiliza la dirección de correo electrónico de su escuela, los administradores de la escuela podrán ver que está invitado(a) a participar en otros estudios del Proyecto MARVEL, pero no podrán ver ninguna de sus respuestas a las preguntas de la encuesta. Si prefiere utilizar su dirección de correo electrónico personal, por favor anótela.</i>	_____
Vuelva a ingresar su correo electrónico	_____
Número de teléfono celular (con código de área) <i>Al proporcionar su número de teléfono celular aquí, usted autoriza al equipo del estudio a comunicarse con usted por medio de este número.</i>	(___) ___ - _____
Número de teléfono celular (con código de área)	(___) ___ - _____
¿Podemos enviarle un mensaje de texto a este número? <i>Tenga en cuenta que pueden aplicarse tarifas de datos y mensajes.</i>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Los futuros estudios del Proyecto MARVEL se llevarán a cabo únicamente en inglés. Si es seleccionado(a) a participar en alguno de estos estudios, ¿estaría dispuesto(a) a completar las encuestas y las entrevistas en inglés?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Project MARVEL School-Based Survey

Gracias por completar la Encuesta Escolar del Proyecto MARVEL!

Usted recibirá un correo electrónico de una compañía llamada Tango, una página donde podrá escoger entre una gama de tarjeta de regalo, incluyendo Amazon, Google Play, Dunkin' Donuts y otras. El correo electrónico podría tardarse de 1 a 2 días laborables para llegar. Por favor controle su carpeta de basura o correos no deseados si no recibió el correo. Póngase en contacto con el equipo del estudio en MarvelStudy@wakehealth.edu o al 336-716-4313 si tiene preguntas o dudas.

El correo electrónico que usted puso en la página anterior es:	(correo electrónico desde Su Información de Contacto)
Si desea usar un correo electrónico diferente, por favor póngalo ahora:	_____
Por favor ponga un correo electrónico para recibir su tarjeta de regalo electrónica. Este correo electrónico no se usará para contactarle a usted para otros estudios del Proyecto MARVEL.	_____