



ICGMV



## CONSENTIMIENTO PARA PARTICIPAR EN UNA VISITA MÉDICA DE GRUPO.

Yo, \_\_\_\_\_ por la presente doy mi consentimiento para participar en Visitas Médicas de Grupo.

El personal me ha explicado las actividades que ocurren durante las Visitas Médicas de Grupo y me han proporcionado los folletos pertinentes. Yo entiendo que un proveedor me verá en la sesión de Visitas Médicas de Grupo en vez de verme en una consulta típica de persona a persona. Yo entiendo que mi información de salud protegida podría ser compartida por el líder con el grupo para brindarme tratamiento médico posterior. Yo entiendo que escucharé hablar sobre el cuidado médico y condiciones médicas de otras personas en el grupo y se me ha asegurado que mi información protegida de la salud continuará siendo confidencial fuera de las sesiones de las Visitas médicas de Grupo. Yo entiendo que mis expedientes están y continuarán siendo protegidos bajo las Regulaciones Federales y Estatales aplicables, incluyendo pero no limitadas a la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro de Salud de 1996, Título 42 del Código de Reglamentos Federales, La Ley de Tecnología de la información Clínica y Económica de la Salud, no pueden ser divulgados sin mi consentimiento por escrito a menos de que la ley disponga otra cosa.

Entiendo que:

- \_\_\_ Estaré en un grupo con un proveedor médico y otros pacientes con problemas similares
- \_\_\_ Es mi derecho el retener información personal que no quiera compartir con el grupo.
- \_\_\_ Es mi responsabilidad el respetar la privacidad de otras personas en el grupo. No Compartiré su información personal con ninguna otra persona.
- \_\_\_ Podría hablar con mi proveedor médico a solas, tengo problemas personales adicionales que discutir.
- \_\_\_ Puedo retirarme de Las Visitas de Grupo en cualquier momento y por cualquier razón
- \_\_\_ El no participar no afecta mi relación con mi proveedor o la posibilidad para recibir servicios en Kronos Health.
- \_\_\_ Este consentimiento es un suplemento del consentimiento general de servicios.

Mi firma confirma que entiendo claramente las actividades que ocurren en una Visita Médica de Grupo y estoy dispuesto/a a participar.

Firma del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del proveedor: \_\_\_\_\_ fecha.: \_\_\_\_\_