

## Termo de Consentimento para Consultas em Grupo pela CHA

### CHA Group Visits Consent Form

Consultas em grupo são consultas médicas compartilhadas nas quais pacientes com condições médicas semelhantes fazem uma consulta em um grupo. A participação de cada paciente é estritamente voluntária. Você decide o que deseja compartilhar com o grupo ou se prefere compartilhar a informação em particular, com a equipe do profissional de saúde.

*Group visits are shared medical appointments, where patients with similar medical conditions have an appointment as a group. Each patient's participation is strictly voluntary. You decide what you wish to share with the group or if you would prefer to share privately with the provider team.*

#### **As informações do grupo são confidenciais e devem ser mantidas em sigilo.**

*Group information is Confidential and should be kept private.*

Como as consultas em grupo envolvem pacientes que revelam informações médicas e sociais privadas, todos os participantes de uma consulta em grupo — incluindo o paciente e quaisquer membros da família que o acompanharem — devem concordar em respeitar a privacidade e a confidencialidade de todos os participantes.

*Because group visits involve patients disclosing private medical and social information, all participants in a group visit – including the patient and any accompanying family members – must agree to respect the privacy and confidentiality of all participants.*

#### **Seu seguro poderá cobrar-lhe um copagamento por uma Consulta em Grupo.**

*Your insurance may charge you a co-pay for a Group Visit.*

O pagamento das consultas em grupo é feito da mesma forma que o pagamento das consultas médicas tradicionais. Ao participar de uma consulta em grupo, os pacientes assumem a responsabilidade pelos custos dos serviços médicos prestados e por quaisquer copagamentos exigidos pelo plano de seguro.

*Payment for group visits is handled in the same manner as payment for traditional medical appointments. By participating in a group visit, patients assume responsibility for the cost of the medical services provided and any co-pays required by your insurance plan.*

#### **As consultas em grupos de telemedicina apresentam novos desafios, e precauções adicionais devem ser tomadas. Para proteger a privacidade e a confidencialidade de todos os membros do grupo, os participantes devem:**

*Telehealth group visits present new challenges where additional cautions should be followed. To protect the privacy and confidentiality of all group members, participants must:*

(1) Usar uma rede de internet privada e segura para consultas de videoconferência. (2) Se os participantes do grupo não estiverem em um espaço privado, outras pessoas poderão ouvir o que você compartilhar com o grupo. Certifique-se de estar em um espaço privado e confidencial ao participar de um grupo. (3) Há o risco de os participantes gravarem ou tirarem fotos da consulta em grupo e compartilharem com outras pessoas. (4) Há o risco de alguém que não deveria estar presente entrar na consulta em grupo, e (5) Se você não remover o seu sobrenome da sua conta do Google, conforme as instruções, seu nome completo ficará visível na consulta em grupo. Se você inserir seu nome completo ao entrar na consulta a partir de uma conta que não seja do Gmail, todos os participantes verão seu nome e sobrenome. Foram implementados protocolos de segurança para reduzir o risco de compartilhamento do seu nome e e-mail. Em circunstâncias raras, esses protocolos podem falhar.

#### **Os pacientes que participarem de grupos de telemedicina concordam verbalmente com o exposto acima.**

*Patients participating in telehealth groups consent verbally to the above.*

*(1) Use a private and secure internet network for televideo visits (2) If group participants are not in a private space, others may overhear what you share with the group. Please make sure you are in a private and confidential space when participating in a group. (3) there is a risk of participants recording or taking photos of the group visit and sharing this with others, (4) There is a risk of someone joining the group visit who is not supposed to be there and (5) If you do not remove your last name in your google account as instructed, your full name will be visible in the group visit. If you enter your full name when joining the visit from a non-gmail account, all participants will see your first and last name. Security protocols have been put in place to reduce the risk of sharing your name and email. In rare circumstances, these protocols may fail.*

A CHA **não** está monitorando as respostas dos e-mails aos pacientes a respeito das consultas em grupo. Por favor, **não responda** aos e-mails que você recebe relacionados à sua consulta em grupo. Em vez disso, use o MyChart ou ligue para a sua clínica em caso de dúvidas.

*CHA is **not** monitoring patient email replies about group visits. Please **do not reply** to emails you receive related to your group visit. Instead, please use MyChart or call your clinic with any questions.*

Se precisar de assistência médica imediata, ligará para o 911 ou irá para o pronto-socorro mais próximo.

*If you need immediate care, you will call 911 or go to the nearest emergency room.*

Pacientes com menos de 18 anos devem ter o consentimento de um dos pais ou responsáveis ao exposto acima.

*Patients under 18 must have a parent or guardian consent to the above.*

Ao assinar este termo, assumo a responsabilidade de pagar pela minha consulta médica em grupo e concordo em pagar por qualquer copagamento e por todos os custos associados a esta consulta médica. Ao assinar este acordo de confidencialidade, assumo a responsabilidade de manter todas as informações privadas e confidenciais.

*By signing this form, I assume the responsibility of paying for my group-visit medical appointment and agree to pay any co-pays and all costs associated with this medical appointment. By signing this confidentiality agreement, I assume the responsibility for keeping all information private and confidential.*

Nome (em letras de forma): \_\_\_\_\_

*Name (please print):*

Assinatura: \_\_\_\_\_

*Signature:*

Data: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

*Date:*

**Os pacientes que participarem de grupos de telemedicina concordam verbalmente com o exposto acima.**

*Patients participating in telehealth groups consent verbally to the above.*