

## Formulario de consentimiento para visitas grupales de CHA

*CHA Group Visits Consent Form*

**Las visitas grupales son citas médicas compartidas, donde los pacientes con afecciones similares tienen una cita grupal. La participación de cada paciente es estrictamente voluntaria. Usted decide qué desea compartir con el grupo o si prefiere compartir en privado con el equipo del proveedor.**

*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.*

**La información del grupo es confidencial y debe mantenerse privada.**

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

**Debido a que las visitas grupales implican que los pacientes revelarán información médica y social privada, todos los participantes en una visita grupal (incluido el paciente y cualquier miembro de la familia que lo acompañe) deben aceptar respetar la privacidad y la confidencialidad de todos los 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.*

**Su seguro puede cobrarle un copago por una visita grupal.**

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

**El pago de las visitas grupales se maneja de la misma manera que el pago de las citas médicas tradicionales. Al participar en una visita grupal, los pacientes asumen la responsabilidad por el costo de los servicios médicos brindados y cualquier copago solicitado por su plan 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.*

**Las visitas grupales de telesalud presentan nuevos desafíos, donde se debe seguir precauciones adicionales. Para proteger la privacidad y confidencialidad de todos los miembros del grupo, los participantes deben:**

*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) Utilizar una red de Internet privada y segura para visitas de televídeo**

*(1) Use a private and secure internet network for televideo visits*

**Los pacientes que participan en grupos de telesalud dan su consentimiento verbal a lo anterior.**

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

**(2) Si los participantes del grupo no están en un espacio privado, es posible que otros escuchen lo que usted comparta con el grupo. Asegúrese de estar en un espacio privado y confidencial cuando participe en un grupo. (3) Existe el riesgo de que los participantes graben o tomen fotos de la visita grupal y que compartan esas grabaciones o fotos con otros. (4) Hay riesgo de que se una a la visita grupal alguien que no deba estar allí y (5) Si usted no elimina su apellido en su cuenta de Google como se le indicó, su nombre completo será visible en la visita grupal. Si ingresa su nombre completo al unirse a la visita desde una cuenta que no sea de Gmail, todos los participantes verán su nombre y apellido. Se han implementado protocolos para reducir el riesgo de compartir su nombre y correo electrónico. En raras ocasiones, estos protocolos pueden fallar.**

*(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.*

**CHA no monitorea las respuestas por correo electrónico de los pacientes sobre las visitas grupales. Por favor, no responda a correos electrónicos que reciba en relación con su visita grupal. En su lugar, utilice MyChart o llame a su clínica ante cualquier duda.**

*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.*

**Si necesita atención inmediata, llame al 911 o vaya a la sala de emergencias más cercana.**

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

**Los pacientes menores de 18 años deben tener el consentimiento de un padre, madre o tutor para lo anterior.**

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

**Al firmar este formulario, asumo la responsabilidad de pagar mi cita médica de visita grupal y acepto pagar cualquier copago y todos los costos asociados con esta cita médica. Al firmar este acuerdo de confidencialidad, asumo la responsabilidad de mantener toda la información en forma privada y confidencial.**

*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.*

**Nombre (en letra de imprenta):**

Name (please print): \_\_\_\_\_

**Firma**

Signature: \_\_\_\_\_

**Fecha**

**Los pacientes que participan en grupos de telesalud dan su consentimiento verbal a lo anterior.**

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

Date:

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

*Los pacientes que participan en grupos de telesalud dan su consentimiento verbal a lo anterior.*

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