**Formulario de consentimiento del paciente para visita de televideo de grupo**

**El paciente da su consentimiento verbal entendiendo lo siguiente:**

* Si necesita atención inmediata, llame al 911 o diríjase a la sala de emergencia más cercana.
* Tiene el derecho de dar o retirar su consentimiento para las visitas de telesalud grupal en cualquier momento.
* Con las visitas de telesalud tiene los mismos derechos de confidencialidad que con las visitas en persona; no obstante, las visitas de telesalud presentan nuevas situaciones donde deberá tomar otras medidas de precaución, como por ejemplo:
  + Usar una red de internet privada y segura para las visitas de televideo.
  + Si los participantes no están en un lugar privado, otros podrían escuchar lo que comparta con el grupo.
  + Existe el riesgo de que los participantes graben o tomen fotos de la visita de grupo y las compartan con otros.
  + Si no borra su apellido en su cuenta de Google como se indicó, se podrá ver su nombre completo en la visita de grupo.
  + Si escribe su nombre completo al unirse a la visita desde una cuenta que no es de Gmail, todos los participantes verán su nombre y apellido.
  + Existe el riesgo de que se una persona indebida a la visita de grupo.
* Debe saber que CHA no monitorea las respuestas de email del paciente con respecto a las visitas de grupo. Por favor, ***no responda*** los emails que reciba con respecto a su visita de grupo. En su lugar, use MyChart o llame a su clínica si tiene alguna pregunta.

Los pacientes menores de 18 años deben contar con el consentimiento del padre o tutor mencionado anteriormente.

Se han establecido protocolos de seguridad para reducir el riesgo de que se comparta su nombre y dirección de email. En raras circunstancias, estos protocolos podrían fallar.