**CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE PARA PARTICIPAR EN EL PROCESO DEL CANDOR MÉDICO EN LAS CONVERSACIONES**

He leído y entiendo el “**Aviso del proveedor de atención médica para el proceso del candor médico en las conversaciones**” que me entregó mi proveedor de atención médica, con fecha \_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 20\_\_\_.

Presto mi consentimiento para participar en el proceso del candor médico en las conversaciones en virtud de la Ley de Candor Médico en las Conversaciones de Utah en relación con el incidente negativo que se detalla en el Aviso. Comprendo que la Ley de Candor Médico en las Conversaciones de Utah exige que, para su cumplimiento, se sigan determinados pasos. Entiendo que dichos pasos suelen denominarse “ley de candor en las conversaciones” o “proceso del candor médico en las conversaciones”.

Entiendo y acepto lo siguiente:

* No estoy obligado a participar en el proceso del candor médico en las conversaciones según la Ley de Candor Médico en las Conversaciones de Utah. Si opto por revocar mi participación en el proceso del candor médico en las conversaciones, debo entregar un aviso de cancelación escrito, fechado y firmado a la persona que me entregó el aviso original.
* Tengo el derecho a recibir una copia del expediente médico relacionado con el incidente negativo y el derecho a autorizar la divulgación de dicho expediente médico a un tercero.
* Tengo el derecho a procurarme un abogado por mi cuenta y el derecho a tener un abogado presente durante todo el proceso del candor médico en las conversaciones.
* Entiendo que hay limitaciones de tiempo para una acción por negligencia contra un proveedor de atención médica y el proceso del candor médico en las conversaciones no altera ni amplía las limitaciones de tiempo para una acción por negligencia contra un proveedor de atención médica.
* [INSERTAR SI CORRESPONDE] Entiendo que si el proveedor de atención médica es un empleado público o una entidad gubernamental, la participación en el proceso del candor médico en las conversaciones no altera ni amplía el plazo para presentar el aviso de reclamación bajo la Ley de Inmunidad Gubernamental de Utah.
* Entiendo y acepto que si elijo participar en el proceso del candor médico en las conversaciones con mis proveedores de atención médica, cualquier comunicación, material o información creada para o durante el proceso del candor médico en las conversaciones, incluida una comunicación para participar en el proceso del candor médico en las conversaciones, es confidencial, no detectable e inadmisible como prueba en un procedimiento judicial, administrativo o de arbitraje que surja del incidente negativo. Este requisito de confidencialidad y privilegio se aplica a las comunicaciones manifestadas oralmente y por escrito durante el proceso del candor médico en las conversaciones.
* Entiendo que como parte del proceso del candor médico en las conversaciones no puedo grabar ninguna comunicación sin el consentimiento mutuo de todas las partes del proceso del candor médico en las conversaciones.
* Entiendo que, si decido cancelar el proceso del candor médico en las conversaciones, todas las comunicaciones relacionadas hasta la fecha de cancelación conservarán su carácter confidencial y privilegiado.
* Entiendo que podré solicitar que otras personas se incluyan en el proceso del candor médico en las conversaciones. Asimismo, entiendo que mis proveedores de atención médica podrán solicitar que otras personas se incluyan en el proceso del candor médico en las conversaciones. Entiendo y acepto que se informará a todos los demás participantes por escrito sobre los requisitos de confidencialidad y privilegio en el proceso del candor médico en las conversaciones y que estos deberán aceptar los requisitos por escrito mediante la firma del “**Acuerdo de participación en el proceso del candor médico en las conversaciones**”.

Mi firma a continuación confirma que:

* me entregaron una copia del documento “**Preguntas frecuentes de los pacientes y descripción del programa de la Ley de Candor Médico en las Conversaciones de Utah**”;
* leí en su totalidad y entiendo el documento “**Aviso del proveedor de atención médica para el proceso del candor médico en las conversaciones**”;
* leí en su totalidad y entiendo este documento “**Consentimiento del paciente para participar en el proceso del candor médico en las conversaciones**”;
* entiendo y doy mi consentimiento para participar voluntariamente en el proceso del candor médico en las conversaciones;
* entiendo que podré hacer cualquier pregunta acerca de estos formularios sobre el candor en las conversaciones y el proceso del candor médico en las conversaciones antes de firmarlos; y
* entiendo que podré solicitar el asesoramiento de un abogado por mi cuenta antes de firmar este consentimiento para poder hacer cualquier otra pregunta adicional acerca de estos formularios sobre el candor en las conversaciones y el proceso del candor médico en las conversaciones.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del paciente (o de su representante) Fecha

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre del paciente

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre del representante del paciente (si corresponde)