**CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE PARA PARTICIPAR EN UN DIÁLOGO ABIERTO Y SINCERO**

(Patient Consent to Participate in Candor Open Discussions)

He leído y entiendo el “**Aviso del proveedor de atención médica de diálogo abierto y sincero**” que me entregó mi proveedor de atención médica, con fecha \_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 20\_\_\_.

Doy mi consentimiento para participar en un diálogo abierto en virtud de la Ley de Candor en las Conversaciones de Colorado con respecto al incidente adverso en la atención médica indicado en el aviso. Entiendo que la Ley de Candor en las Conversaciones de Colorado exige que, para su cumplimiento, se sigan determinados pasos. Entiendo que dichos pasos se suelen denominar “ley de Candor en las conversaciones” o “proceso del Candor en las conversaciones”.

Entiendo y acepto lo siguiente:

* No estoy obligado a participar en un diálogo abierto en el marco de dicho proceso. Si opto por revocar mi participación en el proceso, 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 adverso en la atención médica y el derecho a autorizar la divulgación de dicho expediente médico a un tercero.
* Tengo el derecho a procurarme un abogado y consultarlo por mi cuenta y el derecho a tener un abogado presente durante todo el proceso por mi cuenta.
* Entiendo que, junto con el aviso, debo recibir copias de los artículos 13-80-102.5 y 13-80-112 de las Leyes Revisadas de Colorado. Entiendo que esta ley tiene un plazo de prescripción, o vencimiento, para iniciar acciones legales en Colorado. Entiendo que el paciente tiene un plazo limitado por dichas leyes de Colorado para iniciar acciones legales y que el plazo no se extenderá simplemente por participar en un diálogo abierto en el marco del proceso del Candor en las conversaciones. Confirmo que, junto con el aviso, recibí copias de las leyes, y leí y entendí su contenido.
* [INSERTAR SI CORRESPONDE] Entiendo que, junto con el aviso, debo recibir una copia del artículo 24-10-109 de las Leyes Revisadas de Colorado, si el proveedor o centro de atención médica es una entidad pública o un empleado público. Entiendo que esta ley exige el aviso y tiene un plazo de prescripción, o vencimiento, para presentar una notificación e iniciar acciones legales que involucren a un empleado público o una entidad pública. Entiendo que el plazo para el aviso y las acciones legales no se extenderá por participar en un diálogo abierto en el marco del proceso del Candor en las conversaciones. Confirmo que, junto con el aviso, recibí una copia de las leyes, y leí y entendí su contenido.
* Entiendo y acepto que todas las comunicaciones con mis proveedores de atención médica en el marco del proceso del Candor en las conversaciones que se emitan en el trascurso del diálogo abierto tienen carácter privilegiado y confidencial. Esto incluye todas las comunicaciones para iniciar el proceso y estos formularios. Las comunicaciones en el proceso del Candor en las conversaciones NO están sujetas al requisito de exhibición de pruebas, citación judicial u otro requisito legal de divulgación, y NO son admisibles como pruebas en un procedimiento que se origine directamente del incidente adverso en la atención médica (como procedimientos judiciales, administrativos o de arbitraje). Este requisito de confidencialidad y privilegio se aplica a las comunicaciones manifestadas oralmente y por escrito durante el proceso del Candor en las conversaciones.
* Entiendo que la ley de Candor en las conversaciones define al “diálogo abierto” como todas las comunicaciones emitidas en el marco del proceso del Candor en las conversaciones e incluye “memorandos, productos del trabajo, documentos y otros materiales que se preparan o presentan en el trascurso de las comunicaciones o en relación con estas”.
* Entiendo que las comunicaciones, memorandos, productos del trabajo, documentos y otros materiales que, de otra manera, están sujetos al requisito de exhibición de pruebas y que no se preparen específicamente para usar en un diálogo abierto en el marco del proceso del Candor en las conversaciones no son confidenciales en virtud de la ley de Candor en las conversaciones.
* Entiendo que, si decido cancelar el proceso, 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 diálogo abierto. Asimismo, entiendo que mis proveedores de atención médica podrán solicitar que otras personas se incluyan en el diálogo abierto. Entiendo y acepto que se informará a todos los demás participantes por escrito antes de un diálogo abierto acerca de los anteriores requisitos de confidencialidad y privilegio en el proceso del Candor en las conversaciones y que estos deberán aceptar los requisitos por escrito al firmar el “**Consentimiento de participación en un diálogo abierto y sincero**” adjunto.

Mi firma a continuación confirma que:

* me entregaron una copia del documento “**Preguntas frecuentes de los pacientes sobre el Candor en las conversaciones**”;
* leí en su totalidad y entiendo el documento “**Aviso del proveedor de atención médica de diálogo abierto y sincero**”;
* recibí y leí las copias de los artículos 13-80-102.5 y 13-80-112 de las Leyes Revisadas de Colorado con respecto al plazo de prescripción;
* [si corresponde] recibí y leí una copia del artículo § 24-10-109 de las Leyes Revisadas de Colorado con respecto al requisito de aviso y el plazo de prescripción para iniciar acciones legales contra una entidad pública o un empleado público;
* leí en su totalidad y entiendo el documento “**Consentimiento del paciente para participar en un diálogo abierto y sincero**”;
* entiendo y doy mi consentimiento para participar voluntariamente en un diálogo abierto en el marco del proceso del Candor en las conversaciones;
* entiendo que podré hacer cualquier pregunta acerca de estos formularios y el proceso del Candor 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 y el proceso del Candor en las conversaciones.

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

Firma del paciente (o de su representante) Fecha

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

Nombre del paciente

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

Nombre del representante del paciente (si corresponde)