**ACUERDO DE PARTICIPACIÓN EN EL PROCESO DEL CANDOR MÉDICO EN LAS CONVERSACIONES**

Participaré en el proceso del candor médico en las conversaciones entre \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (escribir nombre del paciente/representante) y \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (escribir nombre del proveedor o centro de atención médica) en el marco del proceso del candor médico en las conversaciones.

Mi relación con el paciente o mi intervención en el proceso es la siguiente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

(Por ejemplo, familiar del paciente, abogado del paciente, representante del hospital, asesor de la compañía aseguradora)

Como participante del proceso del candor médico en las conversaciones, entiendo y acepto lo siguiente:

* Entiendo que existen determinados requisitos en virtud de la Ley de Candor Médico en las Conversaciones de Utah (“Ley de candor médico en las conversaciones”) que se me deben informar en este consentimiento de participación y que deben contemplarse para cumplir con la ley y garantizar que las comunicaciones en el proceso del candor médico en las conversaciones se mantengan como información privilegiada y confidencial.
* Entiendo que la parte afectada (paciente/representante del paciente) ha recibido un aviso por escrito que explica:
	+ Su derecho a recibir una copia del expediente médico del paciente relacionado con el incidente negativo y a autorizar su divulgación a cualquier tercero;
	+ su derecho a procurarse un abogado y el derecho a tener un abogado presente durante todo el proceso del candor médico en las conversaciones;
	+ 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 dichas limitaciones de tiempo;
	+ 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;
	+ la naturaleza privilegiada y confidencial de cualquier comunicación, material o información del proceso del candor médico en las conversaciones, y la prohibición de grabar cualquier comunicación sin el consentimiento mutuo de todas las partes del proceso del candor médico en las conversaciones; y
	+ la recomendación de que los proveedores de atención médica y cualquier otra persona que participe en el proceso del candor médico en las conversaciones deben aceptar, por escrito, los términos y condiciones del proceso para poder participar.
* Entiendo y acepto que 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 en las conversaciones.
* Entiendo y acepto 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.

Mi firma a continuación confirma que reconozco que:

* Leí el documento “**Acuerdo de participación en el proceso del candor médico en las conversaciones**”;
* entiendo y acepto todos los requisitos estipulados en este acuerdo de participación;
* entiendo que podré hacer cualquier pregunta acerca de estos formularios y el proceso del candor médico en las conversaciones antes de firmarlos; asimismo, entiendo que podré solicitar el asesoramiento de un abogado antes de firmar para poder hacer cualquier otra pregunta adicional acerca de este formulario, el proceso del candor médico en las conversaciones y mis obligaciones de confidencialidad y privilegio.

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

Firma del participante Fecha

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

Nombre