

RICHMOND HEALTH CENTER

Centro de Salud de Richmond

Directions: Each patient should sign this form at the beginning of their first group medical appointment. If the patient brings a guest, that individual also signs this form.

ACUERDO PARA LA PARTICIPACIÓN EN EL GRUPO DIABÉTICO

Ud. Esta participando en una visita médica de grupo. Le pedimos que firme este acuerdo. Si un familiar/encargado de salud visita, le pedimos que firme ellos tambien.

1. RESPETO

Respetaré los sentimientos y opiniones de otros cuando estos sean diferentes a los míos.

2. PRIVACIDAD

Lo que discuta en la cita de grupo se queda en el grupo. No discutiré ni compartiré esta información con gente fuera del grupo (familiares o amigos).

3. COMPROMISO

Yo haré el compromiso de asistir a todas las sesiones y llegaré a tiempo.

4. NOTIFICACIÓN de HIPAA

Durante este tipo de visita, es posible que alguna de su información personal de tipo médico y social sea compartido. Le pedimos que firme que ha sido notificado y nos da permiso.

**YO HE LEIDO LA INFORMACIÓN DESCRITA ARRIBA.
YO ESTOY DE ACUERDO CON LOS PRINCIPIOS DE PARTICIPACIÓN.**

NOMRE (Name) _____ FECHA (Date) _____

- Soy el paciente participando en la cita de grupo.
- Soy un familiar/encargado de salud del paciente: _____

Facilitador Del Grupo: _____ FECHA (Date) _____