Form Approved

OMB No. 0955-XXXX

Exp. Date TBD

**Access, Exchange, and Use of Social Determinants of Health Data in Clinical Notes (SDOH)**

**Synchronous Patients and Care Partners Focus Group:**

**Prospective Agreement (Spanish)**

Según lo dispuesto en la Ley de Reducción de Trámites de 1995, ninguna persona estará en la obligación de responder a un instrumento de recolección de datos que no exhiba un número de control vigente emitido por la Oficina de Administración y Presupuesto (OMB). Para efectos del presente formulario, dicho número es 0955-XXXX. Se calcula que el tiempo promedio que se necesita para completar esta recolección de información es de 90 minutos por respuesta. Esto incluye el tiempo necesario para leer las instrucciones, buscar los recursos de datos existentes, reunir los datos necesarios, y revisar y completar la recolección de toda la información. Si tiene algún comentario con respecto a la exactitud del tiempo estimado o alguna sugerencia para mejorar este formulario, escriba a la siguiente dirección: U.S. Department of Health & Human Services, OS/OCIO/PRA, 200 Independence Ave., S.W., Suite 336-E, Washington D.C. 20201, Attention: PRA Reports Clearance Officer.

**GRUPO DE DISCUSIÓN EN LÍNEA SINCRÓNICO O “EN VIVO” DE MEDPANEL**

**ACUERDO Y CONSENTIMIENTO DEL PARTICIPANTE**

**MedPanel, Inc.** desea invitarte a participar en un grupo de discusión en línea en vivo sobre <Topic X>, programado para el <Date X> de 2021 a partir de las <time in patient’s time zone>. MedPanel lleva a cabo estos grupos de discusión en nombre de la Oficina del Coordinador Nacional de Tecnología de la Información de Salud y de los investigadores de la Escuela de Medicina de Harvard.

Toda la información sobre usted se mantendrá en estricta confidencialidad.

A continuación se presenta un resumen de las actividades relacionadas con este Grupo de Discusión en el que quisiéramos que participe:

Grupo de discusión virtual “en vivo”, programado para el <Date X> entre las <Time X> y las <Time Y>:Esta reunión se llevará a cabo en vivo en tiempo real con el uso de Focus Vision y usted verá a otros pacientes que participan en el Grupo de discusión al mismo tiempo, aunque ellos como usted serán anónimos. Un representante de MedPanel facilitará un debate guiado para obtener:

* Su experiencia como paciente
* Su opinión sobre los determinantes sociales de la salud y su documentación en la historia clínica
* Su opinión sobre su experiencia al responder a las preguntas en línea

Puede dejar de participar en el grupo de discusión en cualquier momento.

Durante el Grupo de discusión en vivo, nuestro equipo de investigación observará en silencio las interacciones y escuchará los comentarios de los participantes, pero no podrá ver su rostro. Durante el debate, nuestro Cliente podrá enviar preguntas a través del “chat” al facilitador de **MedPanel** si desean información o aclaraciones adicionales. El único identificador personal que el equipo de investigación puede conocer de usted es su *nombre de pila*, que se utilizará durante el debate. Se aconseja limitar el uso de identificadores personales adicionales durante la reunión, como su apellido o su lugar de residencia.

El **Grupo de discusión** se grabará en audio y se transcribirá para los usos internos del equipo de investigación, como investigación, capacitación, informes y presentaciones. Usted entiende que la Transcripción puede utilizarse ahora o en el futuro para una presentación interna adecuada y usted renuncia a cualquier derecho de inspección o aprobación. Usted entiende que, una vez dado el consentimiento, **MedPanel** o el equipo de investigación pueden distribuir la Transcripción únicamente para los usos internos descritos anteriormente. También entiende y acepta que dicha Transcripción puede ser retenida por **MedPanel** y el equipo de investigación, por un período de 3 años en un servidor seguro y, por lo tanto, puede ser objeto de uso y divulgación continua para los fines descritos en este Consentimiento. En todo momento y en todos los usos, su identidad será confidencial para **MedPanel** y no se dará a conocer al equipo de investigación.

Como contraprestación por el tiempo que dedique a participar en estas actividades, se le compensará con una cantidad de hasta $40. Se estima que empleará hasta 90 minutos para completar todas las actividades. Tenga presente lo siguiente: No se le pagará parcialmente si no completa todas las actividades.

En caso de participar, **MedPanel** recopilará la siguiente información personal y la mantendrá en confidencialidad:

* Nombre completo (no se envía ni se comparte con nuestro Cliente; lo recopila MedPanel Inc. para registrar su participación)
* Dirección de correo electrónico (tampoco se envía ni se comparte con nuestro Cliente)
* Año de nacimiento
* Raza/etnia (opcional)

Su participación en este grupo de discusión es voluntaria. Si tiene preguntas sobre sus derechos al participar en la investigación o desea hablar con alguien independiente del equipo de investigación, póngase en contacto con la Oficina de Protección de Sujetos Humanos al (617) 975-8500.

**Indique lo que corresponda a su caso:**

**□ Acepto los términos de este ACUERDO Y CONSENTIMIENTO DEL PARTICIPANTE DEL GRUPO DE DISCUSIÓN EN LÍNEA SINCRÓNICO O “EN VIVO”.**

**□ No acepto los términos de este ACUERDO Y CONSENTIMIENTO DEL PARTICIPANTE DEL GRUPO DE DISCUSIÓN EN LÍNEA SINCRÓNICO O “EN VIVO”. (Nota: Esto lo descalificará para participar).**

Gracias por su colaboración.

**PARTICIPANTE:**

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

Firma

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

Nombre en letra de imprenta y fecha