**ACUSE DE RECIBO DEL PACIENTE DE LA DECLARACIÓN DEL PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA Y NOTIFICACIÓN RELACIONADA CON UNA OFERTA DE INDEMNIZACIÓN**

El artículo 78B-3-453 de la Ley de Candor Médico en las Conversaciones de Utah (“Ley de candor en las conversaciones”) establece que, si se le presenta una oferta escrita de indemnización a la parte afectada (paciente o representante del paciente) y esta no está representada por un abogado, el proveedor o centro de atención médica deberá:

* informar a la parte afectada acerca de su derecho a procurarse un abogado por su cuenta en relación con la oferta de indemnización, y
* notificar a la parte afectada que es posible que esté legalmente obligada a pagar los gastos médicos o de otra índole que hayan sido pagados por terceros, como un seguro médico privado, Medicare o Medicaid.

Como condición de una oferta de indemnización en virtud de la Ley de candor en las conversaciones, un proveedor de atención médica o centro de atención médica puede exigir a una parte afectada que:

* ejecute cualquier documento que sea necesario para llevar a cabo un acuerdo entre las partes sobre la oferta de indemnización; y
* si se requiere la aprobación judicial para la indemnización a un menor, obtenga la aprobación judicial para la oferta de indemnización.

Todas las partes de una oferta de indemnización negociarán la forma de los documentos pertinentes y obtendrán la aprobación judicial según sea necesario. Los documentos requeridos también podrán incluir autorizaciones escritas de terceros que hayan pagado los gastos médicos o de otra índole.

Mi firma a continuación confirma que he recibido una copia del “**Acuse de recibo del paciente de la declaración del proveedor de atención médica y notificación relacionada con una oferta de indemnización**”.

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

Firma del paciente (o de su representante) Fecha

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

Nombre del paciente Nombre del representante del paciente

(si corresponde)