



Nombre del cliente: _____ Historia clínica n.º _____

Formulario de Autorización de Correo Electrónico
Autorización para Usar Correos Electrónicos no Cifrados para Comunicar
Información Médica Protegida

Gracias por su solicitud para comunicarse con el personal de Children's Health Council por correo electrónico. Deseamos asegurarnos de que entienda que las comunicaciones por correo electrónico entre nosotros pueden no estar cifradas y, por lo tanto, no son comunicaciones seguras. Si elige comunicarse con Children's Health Council desde una red pública, debe tener en cuenta que sus transmisiones pueden no ser privadas, que pueden ser interceptadas por un tercero y que están sujetas a riesgos adicionales. Finalmente, las comunicaciones por correo electrónico pueden convertirse en parte de su historia clínica y ser accesibles para apoyar a los miembros del personal, según sea necesario, en asuntos relacionados con tratamientos, pagos y operaciones de atención médica, tal como se define en nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad.

Las comunicaciones entrantes por correo electrónico serán revisadas y respondidas lo antes posible, sin embargo, alentamos a los clientes a que llamen durante el horario laboral habitual y dejen un mensaje de voz para el personal como alternativa, cuando corresponda.

Las comunicaciones por correo electrónico nunca se deben usar en caso de una emergencia o para solicitudes urgentes de información. Tenga en cuenta que siempre es mejor comunicar información clínica directamente a su prestador por teléfono o en persona, y que el correo electrónico debe usarse solo en circunstancias limitadas.

Al firmar este formulario, usted acepta los términos y las condiciones enumerados anteriormente y descritos aquí para las transmisiones de correo electrónico no cifradas.

ACEPTO

Firma del Cliente/Padre/Representante Legal

Nombre en letra de imprenta

Dirección de correo electrónico

Fecha

Dirección de correo electrónico (adicional)

Fecha

NO ACEPTO

Firma

Fecha