



Consentimiento para recibir Correo Electrónico/ E-Mail

La practica de Hedberg Allergy and Asthma Center, PA ofrece al paciente el beneficio de la comunicación vía e-mail. Además de contacto personal y de teléfono, Yo, _____ (Nombre del Paciente) autorizo el contacto electrónico como método de comunicación con la práctica y he leído y entendido las siguientes:

Privacidad. Yo entiendo que el correo electrónico será utilizado en casos de preguntas o pedidos ordinarios que no sean de emergencia. Los empleados de la práctica serán responsables de obtener y procesar dicha comunicación.

Tengo entendido que información confidencial y sensible nunca será compartida con terceros sin mi autorización por escrito. Yo también entiendo que hay ciertas situaciones en las que el Dr. Curtis L. Hedberg puede compartir mis mensajes de correo electrónico sin autorización escrita (por ejemplo, las revelaciones requeridas por la ley estatal o federal). También entiendo que si la ley requiere una revelación, solo la cantidad mínima de información necesaria para lograr el propósito de la solicitud será divulgada. Posteriormente, recibiré un aviso de que la divulgación se haya efectuado.

Tiempo de Contestación. La práctica hará todo lo posible para responder a su solicitud de e-mail en un plazo de 2 – 3 días laborales. Si, por cualquier motivo (tales como vacaciones, enfermedad, emergencia), no estoy disponible para responder a su e-mail dentro del plazo designado, usted recibirá una respuesta por parte de otro medico o empleado de la practica autorizada para hacer frente a su e-mail.

Los usuarios recibirán un mensaje de respuesta automática de la práctica para confirmar los ingresos de un mensaje de correo electrónico. El mensaje tendrá el tiempo designado o esperado de contestación de la oficina e incluirá información de contacto en caso que necesite asistencia inmediata.

Usos Permisibles. La práctica permitirá el uso de correo electrónico para consejos médicos y asuntos que no sean urgentes o de emergencias incluyendo:

Citas
Surtido de Recetas

Facturas/ Información de Aseguranza
Consejos sin Emergencia

Usos No Permitidos. Usos prohibidos del e-mail incluyen pero no están limitados a:

- 1) Comunicación Urgente
- 2) Información muy confidencial o sensible, por ejemplo, el debate sobre su estatus de VIH, enfermedad mental, dependencia química y las reclamaciones de indemnización de trabajadores.
- 3) Uso de e-mail para adjuntar grandes archivos de bases de datos o archivos que contienen materiales inadecuados que no guardan relación con los usos permitidos definidos anteriormente.

Si la practica siente que el contenido o material de un e-mail es inadecuado para un medio de respuesta electrónica, se reserva el derecho de rechazar la comunicación vía e-mail y le sugerirá medios alternativos para debatir la pregunta o solicitud. Tengo entendido que en ningún momento debo esperar un diagnostico, una recomendación de tratamiento o de un pronostico a través de e-mail con respecto a una queja o síntoma del cual no he sido tratado personalmente por el medico, independientemente de que el medico me ha visto personalmente en ocasiones anteriores.

Tengo entendido que en cualquier momento la practica puede terminar la comunicación vía e-mail conmigo y que seré notificado de dicha conclusión por una carta escrita. Entiendo que la terminación de comunicación vía e-mail no significa necesariamente la terminación de la relación entre medico y paciente.

Responsabilidades del Paciente. Tengo entendido que el correo electrónico solo debe utilizarse para mensajes apropiados y no en situaciones urgentes. Estoy de acuerdo en llamar a la práctica de inmediato si la situación aumenta hasta un punto en que una llamada telefónica o visita es necesaria. También estoy de acuerdo en hacer lo siguiente al hacer una solicitud vía e-mail:

- 1) Elijaré la categoría de la transacción que se me ofrece (por ejemplo, Recetas, Citas, Consejos Médicos, Preguntas de Facturas).
- 2) Pondré mi nombre complete y el numero de identificación del paciente en la primera línea del cuerpo del mensaje.
- 3) Configurare la respuesta automática para la seguridad y recibo del mensaje, si es posible.

También entiendo que todos los mensajes con respuestas y recibos de confirmación se imprimirán y se colocaran en el historial medico del paciente, y es el deber de el paciente de mantener sus propias copias de la comunicación por correo electrónico.

Seguridad. La práctica tiene los siguientes mecanismos de seguridad situados para garantizar la confidencialidad de la información sensible (Su práctica debe tener lo siguiente, añadir otros medios utilizados por la práctica):

- 1) La encriptación se utilizara para todos los mensajes, cuando prácticos, y siempre para información confidencial o privada.
- 2) Copias de seguridad de los datos se llevara a cabo mensualmente en un almacenamiento a largo plazo.
- 3) La protección de contraseña permite el acceso solo a usuarios autorizados con permiso para obtener y tratar toda comunicación electrónica de la oficina.
- 4) Las pantallas serán protegidas, se utilizara protectores con contraseña y incluirá el mantener las pantallas fuera de la vista publica.
- 5) Información enviada por un grupo de correo mantendrá la confidencialidad del paciente utilizando una copia oculta para mantener los destinatarios invisibles el uno al otro.

Protección. Usted se compromete a indemnizar, defender y proteger a Hedberg Allergy and Asthma Center, PA, sus oficiales, directores, empleados, agentes y contratistas independientes de y contra cualquiera y toda perdida, gastos, daños y costos que se derivan de su uso del Correo Electrónico del Paciente, cualquier actividad relacionada con su cuenta y toda la información perdida debido a fallos técnicos.

Consentimiento

He leído este consentimiento, se me ha dado la oportunidad de discutir las cuestiones con la práctica y entiendo que mediante mi firma a este consentimiento estoy de acuerdo con la política anterior y las condiciones establecidas por esta práctica. Yo también entiendo que puedo retirar mi consentimiento del uso de las interacciones vía correo electrónico sin que afecte mi derecho a tratamiento en el futuro.

Correo Electrónico del Paciente

Nombre del Paciente

Representante Legal del Paciente

Fecha

