ColumbiaDoctors

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento _____

Solicitud del paciente para comunicación no encriptada

Este formulario autoriza a su proveedor/programa a comunicarse con usted u otros específicos mediante comunicación no encriptada. **Marque todas las opciones que correspondan**:

☐ Permitir la comunicación por correo electrónico no encriptada

☐ Permitir los mensajes de texto no encriptados

☐ Permitir la comunicación por correo electrónico no encriptada con otra persona (p. ej., la escuela del hijo, el cónyuge, el padre/madre)

Indique el **nombre y la relación** _____

Tenga en cuenta que:

- **Esta solicitud solo aplica para el proveedor o programa de atención médica indicado abajo.**
- **Se necesita un nuevo formulario para solicitar la comunicación no encriptada con otro proveedor o programa de atención médica.**
- Para la correspondencia por correo electrónico no encriptada, se debe dar un correo electrónico.
    - Se recomienda enviar un correo electrónico/mensaje de texto de prueba antes de comunicarse por correo electrónico o mensaje de texto.

Entiendo y acepto lo siguiente:

- Entiendo que no se me exige firmar esta autorización y que, si no firmo este formulario, mis proveedores solo se comunicarán conmigo usando el portal para pacientes (es decir, CONNECT) o el correo electrónico encriptado.
- Entiendo que la comunicación por Internet, usando correo electrónico no encriptado o por mensaje de texto, podría ser insegura y no hay garantía de confidencialidad cuando se comunica por mensajes no encriptados.
- El correo electrónico/teléfono **indicado abajo** es correcto y acepto la responsabilidad de los mensajes enviados a este correo electrónico/teléfono o desde este.
- Las comunicaciones se pueden enviar a otros proveedores y podrían registrarse en mi expediente médico para mi tratamiento.
- Tengo derecho a revocar esta autorización en cualquier momento comunicándome con mi proveedor e informándolo por escrito de que quiero revocar mi autorización.
- Acepto eximir a ColumbiaDoctors y a las personas relacionadas con ColumbiaDoctors de todos los reclamos y las responsabilidades que surjan o se relacionen con esta solicitud para usar comunicaciones no encriptadas.

_____ _____

Firma del paciente/tutor **Fecha**

_____

Nombre del médico o programa que trata al paciente

_____ _____

Nombre del contacto **Información del contacto (correo electrónico o teléfono)**

_____ _____

Nombre del contacto **Información del contacto (correo electrónico o teléfono)**