

Consentimiento informativo para usar el Portal del Paciente

Información del paciente: (un formulario por cada paciente)

Nombre: _____ Fecha de nacimiento _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Correo Electrónico:

Protección de su información y riesgo de salud privada:

El método de comunicación y visualización evita que partes no autorizadas puedan acceder o leer mensajes mientras están en transmisión. Sin embargo, mantener los mensajes seguros depende de dos factores adicionales; el mensaje seguro debe llegar a la dirección de correo electrónico correcta, y solo la persona correcta (o alguien autorizado por esa persona) debe poder acceder a él. Solo usted puede asegurarse de que estos dos factores estén presentes. Necesitamos que se asegure de tener su dirección de correo electrónico correcta y que se nos informe si alguna vez cambia. También debe realizar un seguimiento de quién tiene acceso a sus cuentas de correo electrónico; para que usted o alguien que autorice pueda ver los mensajes que recibe de nosotros.

Si recibe mensajes seguros del sitio web, debe evitar que personas no autorizadas conozcan su contraseña. Si cree que alguien ha aprendido su contraseña, debe ir inmediatamente al sitio web y cambiarla.

Entendemos la importancia de la privacidad con respecto a su atención médica y continuaremos esforzándonos por hacer que toda la información sea lo más confidencial posible.

Condiciones para participación en el Portal del paciente:

El acceso a este portal web seguro es un servicio opcional, y si lo suspendemos o cancelamos en cualquier momento y por cualquier motivo. Si lo suspendemos o cancelamos este servicio, le notificaremos tan pronto como sea razonablemente posible. Si opta por suspender o desactivar su servicio de portal, solicítelo por escrito y espere hasta 5 días hábiles para completar el proceso.

Firma: _____ Fecha: _____

Nombre Impreso: _____ Relación con Paciente: _____

Número de contacto: _____