

AUTORIZACIÓN DE USO Y DIVULGACIÓN RECONOCIMIENTO DEL RIESGO DE ENVIAR MENSAJES DE TEXTO

Para los servicios proporcionados por Adapt Integrated Health Care, en adelante llamado el “Centro de salud”.

Al completar este formulario, autorizo al personal de la oficina del Centro de Salud, proveedores de atención médica y demás agentes o contratistas independientes que actúen bajo la dirección de este, a dejar mensajes sobre las visitas, los resultados de pruebas, o los resultados de diagnósticos en mi contestadora/buzón de voz en los números designados o a divulgar mi información de salud a los familiares o amigos designados conforme se describe a continuación.

La política del Centro de Salud es desalentar al personal a comunicarse con los clientes por mensaje de texto. Comunicarse por mensaje de texto puede conducir a consecuencias indeseadas. La información privada, su función como cliente/paciente en el Centro de Salud o su información de salud protegida (PHI, por sus siglas en inglés) pueden ser vistos por personas que usted no autorizó.

Si usted elige que el personal se comunique con usted por mensaje de texto porque no tiene otra forma de comunicarse o porque así lo prefiere, aquí tiene una lista de formas en las que su información podría ser divulgada involuntariamente. Puede haber otras formas que no estén en la lista. Algunos aspectos para tener en cuenta:

- Los mensajes suelen mostrarse en el teléfono automáticamente y usted puede no estar cerca para controlar el dispositivo (una persona podría voluntariamente o sin querer leer un mensaje emergente).
- Una persona podría usar el teléfono fingiendo que es usted y la persona del otro lado jamás podría saber que no es usted.
- Si una persona accede a su teléfono cuando usted no está presente, podría leer algunos de los mensajes enviados y recibidos, incluso meses o años después.

Si solicito que un miembro del personal del Centro de Salud se comunique conmigo por mensaje de texto y elijo no utilizar una aplicación segura, entiendo que puedo estar poniendo en riesgo mi confidencialidad y mi privacidad. Al firmar este formulario, reconozco que me han advertido sobre el riesgo y eximiré al Centro de Salud de toda responsabilidad por cualquier divulgación que ocurra debido a este método de comunicación.

Además, presto mi consentimiento para recibir recordatorios por mensaje de texto sobre próximas citas. Entiendo que puedo darme de baja al enviar “STOP” al recordatorio de citas por mensaje de texto.

Escribir sus iniciales o marcar como no aplicable (N/A) toda autorización:

_____ Autorización para dejar mensajes sobre información de citas, resultados de pruebas o de diagnósticos en la siguiente contestadora/el siguiente buzón de voz o correo electrónico.

_____ (Teléfono fijo)

_____ (*Celular)

_____ (Teléfono para mensajes)

_____ (Correo electrónico)

Elegir: _____ VOZ _____ TEXTO

Si usted no está disponible en el momento en que lo llamamos, mencione a continuación las personas a las que podemos dejar un mensaje o con quienes podemos discutir su información médica.			Autorización para dejar mensajes relacionados con la información de citas con familiares/amigos designados.	Autorización para divulgar mi información de salud con familiares/amigos designados.
Nombre	Relación	Número de teléfono	<i>Inicial debajo</i>	<i>Inicial debajo</i>

He leído y estoy de acuerdo con las declaraciones que anteceden.

**Firma del paciente o tutor legal/Representante personal
 (Marque uno)**

Fecha

Aclaración del paciente

Aclaración del firmante y relación si no es el paciente