



## Comunicaciones Confidenciales del Paciente

La Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud (HIPAA por sus siglas en Ingles) le da a usted el derecho a pedir que nosotros le comuniquemos su información financiera y/o médica a usted en confianza. A fin de proteger la privacidad y confidencialidad de su información, por favor llene lo siguiente para dejarnos saber cómo prefiere que usemos su información de salud protegida (PHI).

BRCHS puede compartir mi información de salud protegida con las siguientes personas:

- Compartir mi información con parientes (anote los nombres) \_\_\_\_\_
- Compartir mi información con otra(s) persona(s) (anote los nombres) \_\_\_\_\_

**BRCHS está autorizado para dejar mensajes de voz y de texto, lo que incluye información médica, y un número telefónico para devolver la llamada a este número de teléfono y en su buzón de voz o maquina contestadora, si la hay.**

Número de Teléfono de Casa \_\_\_\_\_  
 No me llame a mi número de teléfono de casa

Número de Celular \_\_\_\_\_  
 No me llame a mi número de celular

**Mi número de contacto principal es:**     Teléfono de Casa     Número de Celular

Nota: Su número de contacto principal será utilizado para los recordatorios de sus citas al menos que se indique otra manera arriba.

### Comunicación por Escrito

**BRCHS me enviara información a mi domicilio, incluyendo información médica y resultados, cuando sea necesario.**

- Envíe mi información a otra dirección: \_\_\_\_\_
- No me mande información escrita.

Envíe por fax la información al siguiente número: \_\_\_\_\_

### Comunicación por Correo Electrónico

**BRCHS puede comunicarse conmigo por correo electrónico:** \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

*(La forma titulada autorización del paciente para correo electrónico en el reverso TIENE que ser firmada)*

- No quiero comunicarme por correo electrónico.

Yo comprendo que BRCHS seguirá comunicándose conmigo de acuerdo a mí(s) repuesta(s) anterior(es) hasta que yo cambie mis preferencias. Esto se puede lograr al llenar un formulario nuevo o haciendo una petición por escrito. Además, entiendo que si quiero que un proveedor de BRCHS me llame fuera de horas de servicio, mis teléfonos deben de poder recibir llamadas de números restringidos. Al firmar abajo, yo acepto ser comunicado de las formas indicadas arriba.

Paciente/Padre/Tutor Legal \_\_\_\_\_

Fecha de Hoy \_\_\_\_\_

Firma de Empleado de BRCHS/Testigo \_\_\_\_\_

## AUTORIZACIÓN DEL PACIENTE PARA USAR CORREO ELECTRÓNICO PARA LA COMUNICACIÓN DE INFORMACION CLINICA

Yo, por medio de este documento, autorizo a Blue Ridge Community Health Services (incluyendo a cualquier afiliado, subsidiario, y cualquier entidad en los cuales Blue Ridge Community Health Services o sus afiliados subsidiarios tengan un interés) (colectivamente, "BRCHS") a usar el sistema de correo electrónico con el motivo de comunicarme información médica con respecto a servicios de atención de medica que haya recibido. Yo reconozco y entiendo que tal correo electrónico y mensajes de texto pueden incluir mi información médica personal y privada incluyendo, pero no limitada a mi nombre, dirección, número de seguro social, fecha de nacimiento, demográficas de raza y origen étnico, fechas y tipos de servicios de atención medica recibida, nombre y dirección de cada proveedor que haya provisto dicha atención médica, información de cobertura del seguro médico y/o los resultados de exámenes ("Medical Records").

Yo reconozco y comprendo que, a pesar de que BRHCS tome ciertas precauciones con el propósito de proteger la privacidad del contenido de cualquier correo electrónico o mensaje de texto que se me envíe a mí y aunque tomen todas las medidas razonables para proteger mi privacidad, el correo electrónico enviado a mí no está cifrado y viaja a través del Internet, y como consecuencia, existe el riesgo que el mensaje de correo electrónico sea interceptado y leído por terceros partidos a los cuales no estaban dirigidos. Al autorizar a BRCHS a comunicarse conmigo a través de correo electrónico, asumo todo los riesgos anteriores.

Yo comprendo que mensajes a través de correo electrónico y mensajes de texto no son métodos apropiados para comunicarse en casos de emergencias médicas y concuerdo en usar el teléfono como mi método de comunicación con BRCHS o con cualquier otro proveedor de atención medica según lo dicte la situación.

Yo entiendo que al autorizar a BRCHS para que se comunique conmigo a través de mi correo electrónico o mensajes de texto ciertos empleados y agentes de BRCHS tendrán acceso a mi dirección de correo electrónico y número de teléfono además del contenido de dichos mensajes, dicho personal incluye personal de enfermería de triaje, médicos y otros proveedores de atención medica que tengan permiso a mi registro médico.

Yo reconozco que yo, no BRCHS, soy responsable por la seguridad de comunicaciones en forma de correo electrónico o mensajes de texto que hayan sido enviados o guardados en mi computadora, teléfonos celulares, o sistema de información, incluyendo, pero no limitado a, limitando el acceso a cualquier correo electrónico guardado en mi computadora, teléfono celular, o sistema de información, implementando medidas de seguridad cuando envíe desde mi computadora o sistema de información e implementando programas para la protección contra virus en mi computadora o sistema de información.

Yo autorizo, a través de este documento, que BRCHS guarde mi dirección de correo electrónico en su sistema de datos para poder enviarme comunicaciones en el futuro con respeto a sus servicios, actividades a recaudación de fondos, y otros asuntos relacionado al negocio de BRCHS. Yo entiendo que yo puedo revocar esta autorización en cualquier momento a través de una notificación por escrita, electrónicamente o de otro modo a BRCHS-- HIPAA Privacy Officer, 2579 Chimney Rock Road, Hendersonville, NC 28792. Yo reconozco que BRCHS sólo usará mi correo electrónico y numero de celular (mensajes de texto) para asuntos de negocios de BRCHS y que no va vender, transferir o divulgar mi correo electrónico, número de teléfono celular, o cualquiera otra información personal a partidos tercios sin mí previo consentimiento.

Yo entiendo que mi decisión a autorizar a BRCHS es voluntario, y que mi decisión no es condicional al tratamiento que yo podre recibir.

Yo comprendo y concuerdo en no culpar a BRCHS por cualquier daño que resulte del uso de mi correo electrónico y mensajes de texto siempre y cuando estén de acuerdo con los términos de mi autorización o por la falla de cualquiera de los sistemas informáticos que BRCHS use para facilitar la entrega de mi correo electrónico y textos de mensaje.

***Yo he leído y comprendo completamente el significado de esta autorización. .***

Una copia fotostática o facsímil de esta autorización es igual de válida como el original.

Nombre del paciente (en letra de imprenta) \_\_\_\_\_

Firma de Paciente/ Padre/ Tutor Legal \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

Firma de Testigo o de Representante de BRCHS \_\_\_\_\_