

Autorización para recibir comunicaciones por texto y correo electrónico (Consent to E-mail and Text Communications)

Autorizo a estar en comunicación con Northwell Health mediante correos electrónicos o mensajes de texto. Si firmo este documento en representación de otra persona, acepto que otorgo mi consentimiento en representación de este paciente, y proporcionaré la relación (padre, madre, familiar, encargado de la atención médica, tutor, representante) donde se indique a continuación. Acepto que:

Los mensajes de texto solamente se utilizarán para enviarme invitaciones del portal, autenticación de identidad, información relacionada con los turnos y preguntas sobre el servicio que recibo. No se podrán utilizar mensajes de texto para comunicarse con mi prestador de servicios médicos. Comprendo que los mensajes de texto se enviarán sin encriptar, lo que significa que no estarán protegidos y es posible que otras personas tengan acceso a la información cuando se envíe.

Comprendo que los correos electrónicos no deben utilizarse para casos de emergencia o con el fin de comunicar información urgente. Los correos electrónicos se procesarán durante el horario laboral habitual.

En caso de urgencia médica, debo llamar al 911 o dirigirme a la guardia más cercana. Los correos electrónicos solamente deben utilizarse para cuestiones que no sean de urgencia. No deben incluir información confidencial, tal como información sobre enfermedades de transmisión sexual, VIH/SIDA, salud mental, discapacidades de desarrollo o abuso de sustancias. Entiendo que toda comunicación por correo electrónico entre mi prestador y yo respecto a mi atención médica puede formar parte de mi registro médico.

Al proporcionar mi correo electrónico, acepto recibir correos electrónicos solicitando comentarios sobre los servicios prestados por Northwell Health. Los correos electrónicos enviados por Northwell Health estarán encriptados con el fin de mantener su seguridad, a menos que yo solicite recibir correos electrónicos sin encriptar. Comprendo que la mayoría de los servicios de correo electrónico personales no encriptan los correos electrónicos ni los protegen de manera alguna. Por lo tanto, existe el riesgo de que otras personas no relacionadas con mi prestador accedan a los correos electrónicos que envío desde mi cuenta de correo electrónico a mi prestador. Como consecuencia, entiendo que si me comunico con mi prestador mediante mi cuenta de correo electrónico personal, es posible que no sea seguro, y existe el riesgo de que otras personas no relacionadas con mi prestador obtengan mi información médica. A pesar de los riesgos, autorizo a mi prestador a enviar mi información médica personal a través de correos electrónicos.

Además, reconozco que es posible que los correos electrónicos y los mensajes de texto sufran fallas técnicas. Por lo tanto, comprendo que la entrega de correos electrónicos y mensajes de texto no se encuentra garantizada, y es posible que se divulguen de manera no autorizada a terceros.

Acepto que mi prestador de servicios médicos o yo podemos cancelar la comunicación por correo electrónico o mensajes de texto en cualquier momento.

Comprendo que soy responsable de notificar a mi prestador de servicios médicos si elijo cancelar las comunicaciones por correo electrónico o recordatorios de turnos por mensaje de texto o si se produce algún cambio en mi información de contacto. La información de contacto utilizada a los efectos de este formulario será la información más actual que se encuentre en los archivos de Northwell Health.

Paciente/agente/familiar/tutor* (firma) (Patient/Agent/Relative/Guardian* (Signature))	Fecha / Hora (Date / Time)	Nombre en letra de imprenta (Print Name)	Relación, en caso de que no fuera el paciente (Relationship if other than patient)
N.º de identificación del intérprete telefónico (Telephonic Interpreter's ID #) O BIEN, (OR)		Fecha / Hora (Date / Time)	
Firma: Intérprete (Signature: Interpreter)	Fecha / Hora (Date / Time)	En letra de imprenta: Nombre del intérprete y relación con el paciente (Print: Interpreter's Name and Relationship to Patient)	
Testigo de la firma (firma) (Witness to signature (Signature))	Fecha / Hora (Date / Time)	Nombre del testigo en letra de imprenta (Print Witness Name)	

* Debe obtenerse la firma del paciente a menos que el paciente sea un menor de 18 años no emancipado o esté de alguna manera incapacitado para firmar.

Solo para solicitud de comunicaciones por correo electrónico a través de correos electrónicos sin encriptar

Northwell desalienta enfáticamente las comunicaciones enviadas sin encriptar. Además de los riesgos indicados anteriormente, enviar un correo electrónico sin encriptar significa que otras personas pueden acceder a la información y leerla una vez transmitida por Internet. Al firmar a continuación y autorizar correos electrónicos sin encriptar, reconozco los riesgos a los cuales mi información puede quedar expuesta.

Paciente/agente/familiar/tutor* (firma) (Patient/Agent/Relative/Guardian* (Signature))	Fecha / Hora (Date / Time)	Nombre en letra de imprenta (Print Name)	Relación, en caso de que no fuera el paciente (Relationship if other than patient)
---	-------------------------------	---	---

Patient email address: _____

Parent email address: _____