

## DIVULGACIÓN DE AUTORIZACIÓN DEL PACIENTE / CORREO ELECTRÓNICO O FAX

En general, la Regla de Privacidad HIPAA da a los individuos el derecho de solicitar una restricción de usos y divulgaciones de su información de salud protegida (PHI) . El individuo también se proporciona el derecho a solicitar comunicaciones confidenciales de PHI se harán por medios alternativos, como el envío correspondencia a la oficina de la persona en lugar de la casa de la persona. El paciente puede revocar o cambiar esta autorización en cualquier momento con una solicitud por escrito . Por favor, designar que el personal puede hablar sobre su salud y la necesidad de programación, así como problemas de facturación ( ) **Only disclose information to myself**

Yo \_\_\_\_\_ deseo ser contactado de la siguiente manera (Marque todo lo que corresponda):

### CASA O CELULAR:

OK. dejar mensaje con información detallada

Deje mensaje con sólo el número de devolución de llamada

### COMUNICACIÓN ESCRITA

O.K. para enviar por correo a la dirección de mi casa

O.K. para enviar por fax / correo electrónico a mi casa o del trabajo de fax

OTROS:

### TELÉFONO DE TRABAJO

OK. dejar mensaje con información detallada

Deje mensaje con sólo el número de devolución de llamada

**NO ME LLAMES A TRABAJO**

Email: \_\_\_\_\_

**Solicito y autorizo** a Servicios Centrales de la audición de la Florida, PLLC y su personal, para comunicarse conmigo y otros proveedores de atención de salud autorizado que participan en mi atención sobre cualquier aspecto de mi salud y la atención médica a través de correo electrónico o Faximile.

**Entiendo** correo electrónico no es apropiado para la comunicación sobre todas las cuestiones de salud, en particular los de carácter urgente y Servicios de audición Central Florida, PLLC puede hacer ninguna garantía de respuesta dentro de un plazo determinado. Entiendo que el correo electrónico no está encriptado y por lo tanto no tan confidencial como electrónico o comunicación telefónica.

**Entiendo** que es posible que un tercero, incluyendo un empleador, interceptar o leer el correo electrónico sin el conocimiento de el remitente o destinatario del correo. Debido a la facilidad y la informalidad con la que el correo electrónico puede ser utilizada y porque el correo electrónico puede ser fácilmente retransmisión a varias direcciones, la posible pérdida de confidencialidad asociados con su uso puede ser de mayor consecuencia que la sufrida con la comunicación escrita o telefónica.

**Desde Servicios de audición Central Florida, PLLC** no opera ni controla ningún servicio en el Internet, entiendo Servicios de audición Central Florida , PLLC no puede y no garantiza que el uso de este medio de comunicación estará libre de dificultades tecnológicas , incluyendo , pero no limitado a , la pérdida de mensaje.

**Entiendo** que la información comunicada por medio de correo electrónico serán incorporados y retenido dentro de mis Servicios de audición Central Florida, ficha médica PLLC. Como resultado de ello, que la información incluyendo, pero no limitado a mi dirección de correo electrónico, podrán ser difundidos como parte de una versión autorizada de una copia.

**Mi firma abajo indica** que acepto el riesgo de pérdida de la privacidad de la información médica confidencial asociada a la comunicación por correo electrónico y, sin embargo, de acuerdo a su uso. También estoy de acuerdo que los Servicios de audición Central Florida, PLLC no serán responsables por cualquier tipo de daño o responsabilidad que surja de o asociada con pérdida de confidencialidad debido a la comunicación por correo electrónico o fax.

\* **FIRMA DEL PACIENTE Y FECHA** \_\_\_\_\_

**Divulgar información a:** Nombre y Relación \_\_\_\_\_ Número de Teléfono \_\_\_\_\_

Paciente se negó a firmar      Firma de Personal Oficina \_\_\_\_\_

Por favor, Nota: Las cuestiones relativas a la conveniencia de la comunicación por medio de correo electrónico y fax deben resolverse antes de firmar arriba.