



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.