



# AUTORIZACIÓN PARA LAS COMUNICACIONES ELECTRÓNICAS

Favor de revisar y completar las siguientes preferencias para las comunicaciones electrónicas, para que podamos mejor servir y coordinar sus necesidades de cuidado de salud con el uso de la última tecnología:

**Dirección de correo electrónico (e-mail):** \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_

<input type="checkbox"/> <b>¡SÍ!</b>	Favor de contactarme por correo electrónico, incluyendo, entre otros: recordatorios de citas, repuestos ( <i>refills</i> ) de medicamentos, coordinación de cuidado, otras publicaciones del Centro de Salud, y mensajes para permitir acceso a mi expediente de paciente seguro en línea. Entiendo que el correo electrónico normal no es seguro cuando está en tránsito por Internet, y por eso todas las comunicaciones por correo electrónico del Centro de Salud que son para mí y que contienen información de salud protegida (PHI en inglés) estarán encriptadas a menos que yo pida lo contrario.	<input type="checkbox"/> <b>NO</b> , yo no tengo acceso al correo electrónico, o no quiero que me contacten por correo electrónico en este momento.
-----------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**Mensaje de Texto (SMS):** ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

<input type="checkbox"/> <b>¡SÍ!</b>	Favor de contactarme por mensaje de texto (SMS), incluyendo, entre otros: recordatorios de citas, repuestos ( <i>refills</i> ) de medicamentos, coordinación de cuidado, otras publicaciones del Centro de Salud, y mensajes para permitir acceso a mi expediente de paciente seguro en línea. Entiendo que recibir mensajes de texto puede ocasionar cargos adicionales de mi proveedor de textos, y que yo soy el único/la única responsable de este costo. Entiendo que los mensajes pueden ser no seguros cuando se transmiten, y por eso mensajes del Centro de Salud que son para mí no contendrán información de salud protegida (PHI en inglés), a menos que yo pida lo contrario.	<input type="checkbox"/> <b>NO</b> , no tengo acceso a textos, o no quiero que me contacten por mensaje de texto en este momento.
-----------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**Intercambio de Información de Salud (HIE en inglés)**

<input type="checkbox"/> <b>¡SÍ!</b>	Favor de utilizar todas las tecnologías de comunicación electrónica disponibles para la coordinación segura y eficiente con mis otros proveedores de salud y con organizaciones comunitarias, incluyendo, entre otros: la Carretera de Información de Salud de Massachusetts (Mass HIway en inglés), Intercambio de Información del Pioneer Valley (PVIX en inglés), referidos electrónicos (e-Referral), y la sincronización del historial de recetas electrónicas (RxHx).	<input type="checkbox"/> <b>NO</b> , no estoy de acuerdo con el uso de comunicaciones electrónicas seguras que usan tecnologías de IIS en este momento. Entiendo que esta preferencia limita a mi equipo médico clínico al uso del fax y de documentos en papel que son ineficientes para la coordinación de mi cuidado con mis otros proveedores de cuidado de salud, incluso en el evento de una emergencia médica.
-----------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

*Esta autorización está vigente a partir de la fecha a continuación. Entiendo que puedo modificar estas preferencias de comunicación en cualquier momento. Favor de dejar 48 horas laborales para el procesamiento.*

\_\_\_\_\_  
Nombre del/de la paciente (letra de molde)

\_\_\_\_\_  
Firma del/de la paciente, padre/madre, o tutor/a

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Relación con el/la paciente (si corresponde)

OFFICE USE ONLY:

MRN: _____	RCVD ___ / ___ / _____	<input type="checkbox"/> ORIGINAL <input type="checkbox"/> REVISED	<input type="checkbox"/> PM UPDATED _____
------------	------------------------	--------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------