

|  |  |
| --- | --- |
|  | **Universidad de Oklahoma**  **Ingrese la información del departamento** |

**Solicitud y Consentimiento para Comunicación Electrónica**

**Request and Consent for Electronic Communication**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Apellido: |  | | | Nombre: | |  | | Nombre intermedio: |  |
| Fecha de nacimiento: | |  | Dirección: | | | | Ciudad: Estado: | | |
| Dirección de correo electrónico (Escriba claramente en letra de molde): | | | | | Número para   mensajes de texto: | | | | |

Entiendo que las comunicaciones electrónicas tales como correo electrónico o mensaje de texto, no se deberían utilizar en el caso de necesitar atención de urgencia.

Entiendo que la negativa a firmar este consentimiento no afectará mi capacidad de obtener tratamiento en la entidad de la Universidad de Oklahoma nombrada arriba.

Autorizo a la entidad de la Universidad de Oklahoma nombrada arriba o a su agente a contactarme sobre la base de la información proporcionada en este formulario. Entiendo que las comunicaciones pueden tratar sobre aspectos asociados a mi tratamiento y el pago de mi tratamiento, tales como recordatorios de citas, información del seguro y facturación, y cobro de saldos impagos. Comprendo que no puede garantizarse la seguridad del correo electrónico y los mensajes de texto, y que individuos no autorizados pueden acceder a los mensajes.

Entiendo que puedo revocar este consentimiento en cualquier momento proporcionando a la entidad de la Universidad de Oklahoma nombrada arriba una comprobación de mi identidad y completando el formulario de Petición de medios alternativos de comunicación \*\*

\*\*Esto no aplicará a comunicaciones que han sido enviadas con anterioridad a la fecha de revocación.

La información autorizada para su divulgación a través de la comunicación electrónica también puede incluir información de tratamiento por abuso de drogas/alcohol. Esta categoría de información médica está protegida por las leyes Federales de confidencialidad (42 CFR Sección 2). Las leyes Federales prohíben que cualquier persona que reciba esta información realice una nueva divulgación a menos que esta nueva divulgación esté expresamente permitida por la autorización escrita de la persona a quien pertenece o según lo permitido por 42 CFR Parte 2. Una autorización general para la divulgación de información médica o de otro tipo no es suficiente para este propósito. Las leyes Federales limitan cualquier uso de la información para investigar o procesar penalmente a cualquier paciente por abuso de alcohol o drogas. Como resultado, al firmar a continuación yo autorizo específicamente para que cualquier información incluida en mi información de salud sea divulgada a través de comunicación electrónica.

**Entiendo que la información enviada a través de la comunicación electrónica puede incluir información la cual puede indicar la presencia de una enfermedad contagiosa o una enfermedad no contagiosa.**

Entiendo que este servicio de comunicación electrónica se ofrece bajo la absoluta discreción de la entidad de la Universidad de Oklahoma nombrada arriba y puede ser retirado en cualquier momento.

Entiendo que esto no es una solicitud para la divulgación de mis registros médicos.

**Estoy de acuerdo con las declaraciones anteriores y deseo recibir comunicación por medios electrónicos enviada por la entidad de la Universidad de Oklahoma nombrada arriba.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| Firma del Paciente, Padre, o Representante Legal\* | Relación con el Paciente | Fecha |