

# AVISO AL PACIENTE

Nuestra meta en HOPES es proporcionar atención médica de calidad. Debido a nuestra preocupación por su salud y bienestar, hay ciertos tipos de medicamentos que capaz no se podrá prescribir a usted. Algunos ejemplos son los siguientes:

Oxycontin	Xanax
Oxycodone	Valium
Hydrocodone	Restoril
Percocet	Klonopin
Percodan	Tranxene
Lortab	Ativan
Lorcet	Ambien
Morphine	Soma
Tylenol #3	Methadone
Tylox	Vicodin
Ultram/Tramadol	Estimulantes para adultos

Si ya está tomando alguno de los medicamentos anteriores, su proveedor podría querer hablar con usted acerca de tratamientos alternativos.

Si usted es un paciente nuevo, tenga en cuenta que es muy improbable que seamos capaces de prescribir cualquiera de estos medicamentos para usted.

Si tiene preguntas o preocupaciones acerca esta póliza, por favor no dude discutir las con su proveedor o con el Director General de Salud.





FOR OFFICE USE ONLY: PLEASE CHECK ONE

ADULT PRIMARY CARE	
PEDIATRIC PRIMARY CARE	
ADULT BEHAVIORAL HEALTH	
PEDIATRIC BEHAVIORAL HEALTH	
RELEASE OF INFORMATION SIGNED	

## Registro de Paciente Pediatricos

FECHA		NUMERO DE SEGURO SOCIAL (SI APLICA)	
PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	APELLIDO	
NOMBRE PREFERIDO (SI APLICA)		NUMERO DE TELEFONO	
DOMICILIO	CIUDAD	ESTADO	CODIGO POSTAL
EDAD	FECHA DE NACIMIENTO	PAIS DE NACIMIENTO	SEXO DE NACIMIENTO
FORMA COMPLETADA POR		RELACION CON PACIENTE	

**Sexo:**

- Masculino  Femenino  Otro

**Raza:**

- Indio Americano/Nativo de Alaska  Asiatico  Negro/Afroamericano  
 Nativo de Hawái/Islas del Pacifico  Blanco/caucasico  Otro

**Etnicidad:**

- Hispano  No-Hispano

**Idioma preferido:**

- Ingles  Español  Otro \_\_\_\_\_

**Como se entero de HOPES?**

- Por un paciente de HOPES  Rotulo  Pagina Web de HOPES  Anuncio de televisión  
 Medios de comunicación social  TPP  Otro \_\_\_\_\_

**Estatus de Estudiante:**

- Estudiante tiempo completo  Estudiante de medio tiempo  No Estudiante

**Estatus de Empleo:**

- Empleado  Desempleado  Jubilado  Servicio Militar Activo  Ningun

**Usted nos da permiso para:**

Llamarle a casa?  Si  No      llamarle a su trabajo?  Si  No  
Dejar mensaje(s) en casa?  Si  No      Dejar mensaje(s) en el trabajo?  Si  No  
Enviarle correo electronico?  Si  No      Enviar informacion de HOPES?  Si  No  
Enviar mensajes de texto (SMS)?\*  Si  No  
\*El proveedor de servicio puede aplicar tarifas.  
Solicitar su participación en cuestionario?  Si  No

**Informacion de Seguro Medico**

Aplico para Medicaid  Si  No      En que Estado \_\_\_\_\_

Genero en a seguridad:  M  F

Seguro Medico Primario (Incluyendo Medicare / Medicaid) \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_

Numero de Tel. \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Suscriptor \_\_\_\_\_ Empleador \_\_\_\_\_

Numero de Grupo \_\_\_\_\_ ID/# de Suscriptor \_\_\_\_\_

Numero de Medicare/ Medicaid \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_

Seguro Medico Secundario (Incluyendo Medicare / Medicaid) \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_

Numero de Tel. \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Suscriptor \_\_\_\_\_ Empleador \_\_\_\_\_

Numero de Grupo \_\_\_\_\_ ID/# de Suscriptor \_\_\_\_\_

Numero de Medicare/ Medicaid \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_

**Informacion del Padre/Guardian Legal #1**

\_\_\_\_\_  
NOMBRE DEL PADRE/GUARDIAN LEGAL      RELACION CON EL PACIENTE      PADRE/GUARDIAN LEGAL

\_\_\_\_\_  
MEJOR NUMERO DE TELEFONO      NUMERO DE TELEFONO ADICIONAL      CORREO ELECTRONICO (SI APLICA)

\_\_\_\_\_  
DOMICILIO      CIUDAD      ESTADO      CODIGO POSTAL

Permiso para comunicarse con el padre/Guardian #1 \_\_\_\_\_ (Iniciales)

## Informacion del Padre/Guardian Legal #2

NOMBRE DEL PADRE/GUARDIAN LEGAL		RELACION CON EL PACIENTE	PADRE/GUARDIAN LEGAL
MEJOR NUMERO DE TELEFONO	NUMERO DE TELEFONO ADICIONAL		CORREO ELECTRONICO (SI APLICA)
DOMICILIO	CIUDAD	ESTADO	CODIGO POSTAL

Permiso para comunicarse con el padre/Guardian#1 \_\_\_\_\_ (Iniciales)

## Contacto de Emergencia

CONTACTO DE EMERGENCIA	NUMERO DE TELEFONO
RELACION CON EL PACIENTE	
MEDICO DE ATENCION PRIMARIA (SI APLICA)	NUMERO DE TELEFONO

A mi leal saber y entender, toda la información en este formulario de registro es verdadera y correcta. Entiendo que es mi responsabilidad notificar inmediatamente al personal de HOPES si hay cambios en mi nombre, domicilió, número de teléfono, estatus de empleo, y / o ubicación, cobertura de seguro, SSI, SSD o cualquier otro beneficio recibido a través de agencias externas o Organizaciones comunitarias. Entiendo que cualquier campo que se deje en blanco se registrará como "desconocido" en mi historial médico.

FIRMA DE PACIENTE	FECHA
FIRMA DEL PADRE/GUARDIAN LEGAL	FECHA

# Autorización para el consentimiento de terceros para el tratamiento de menores

Yo soy Padre  
 Guardián  
 Otra persona con custodia legal \_\_\_\_\_  
(Describe la relación jurídica)

de \_\_\_\_\_, menor de edad.  
(Nombre del menor)

Por la presente autorizó a \_\_\_\_\_, Actuar como mi representante  
(nombre de representate Medico)

Medico para consentir de toda salud . Servicios que son recomendados por, y entregados bajo cualquier proveedor con licencia en Northern Nevada HOPES, si dicho diagnóstico, tratamiento o transporte / referencia para la atención hospitalaria si se requiere.

Entiendo que esta autorización se da antes de que se requiera un diagnóstico, tratamiento o transporte / derivación específicos para la atención hospitalaria, pero se da para dar autoridad al representante antes mencionado para dar su consentimiento a todos y cada uno de dichos diagnósticos, O transporte / derivación para la atención hospitalaria que un proveedor con licencia, de Northern Nevada HOPES, recomienda.

He leído detenidamente y entiendo completamente este consentimiento y acuerdo. He recibido una copia de este consentimiento / acuerdo y estoy debidamente autorizado para ejecutar lo anterior, y acepto los términos descritos. Entiendo que este consentimiento / acuerdo es efectivo por un año a partir de hoy, o hasta que sea revocado por escrito.

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha y hora: \_\_\_\_\_  
(Padre, Guardián, otra persona por encima de la custodia legal)

Nombre: \_\_\_\_\_  
(Padre, Guardián, otra persona por encima de la custodia legal)

Firma de Testigo: \_\_\_\_\_ Fecha y hora: \_\_\_\_\_

Nombre del Menor: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

Copia dada al agente  Consentimiento escaneado en el historial medico

Reconozco que tengo el derecho de revocar estas autorizaciones en cualquier momento, (que puede ser por escrito, en persona, o por correo certificado al proveedor en la dirección arriba indicada. Que el Proveedor ha actuado en base a la autorización.

## REVOQUE LA AUTORIZACIÓN DE CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO DE MENORES

Por la presente revoco estas autorizaciones para el consentimiento de terceros al tratamiento de dicho menor.

Firma: \_\_\_\_\_ Date/Time: \_\_\_\_\_  
(Padre, Guardián, otra persona por encima de la custodia legal)

Copia dada al agente  Consentimiento escaneado en el cuadro de Menor



ADULT PRIMARY CARE	
PEDIATRIC PRIMARY CARE	
ADULT BEHAVIORAL HEALTH	
PEDIATRIC BEHAVIORAL HEALTH	

## Consentimiento de Tratamiento para el Paciente

Por medio del consentimiento a y autorizar dicho tratamiento prescrito y completamente explicado a mí por HOPES. Además consiente y autoriza a tales pruebas de laboratorio y procedimientos, exámenes de rayos x y otros servicios médicos de rutinarios que se consideren necesarias por los proveedores de HOPES. No es posible hacer garantías sobre los resultados del examen o tratamiento. Reconozco que me no han hecho ninguna garantía de tal. Entiendo que tendré la oportunidad de discutir cualquier y todos los cuidados o tratamiento me propusieron con los proveedores de HOPES y puedo negarme a dar su consentimiento para el cuidado o tratamiento si no desea continuar con esos cursos de tratamiento. Ofreceré HOPES con información exacta sobre mis drogas médicas, sexual, o historia de alcohol y problemas personales o sociales que pueden afectar mi salud o atención médica para asegurar el tratamiento adecuado, la atención y derivación para servicios necesarios. Soy responsable de tener todas las pruebas de laboratorio, radiografías y otros procedimientos de diagnóstico hechos oportunamente, antes de mi próxima cita programada e informaré para todas las citas de la clínica programada en el tiempo.

Asignará a un proveedor de HOPES basado en disponibilidad. Entiendo que puedo ser visto por otro proveedor de HOPES si mi proveedor habitual no está disponible. Entiendo llego tarde a mi cita no puede ser visto por mi proveedor regular. Entiendo que debo solicitar medicamentos recargas contactando a la farmacia por lo menos tres días hábiles antes de mi suministro de medicamentos se agote.

\_\_\_\_\_ INICIALES DE PACIENTE O PADRE/GUARDIAN

Reconozco que la clínica de HOPES no **funciona un servicio de atención de emergencia**. Miembros del personal están disponibles para mí durante las horas regulares de trabajo para responder a sus preguntas o dudas acerca de mi necesidad de atención urgente. Si mi situación es de emergencia l asistencia debe llamar al 911 o vaya a la sala de emergencia más cercana. Si deseo hablar con un médico después de horas que puedo llamar a la clínica de HOPES al 786-4673. Dirigi al servicio de respuesta y un médico le devolverá a mi llamada.

\_\_\_\_\_ INICIALES DE PACIENTE O PADRE/GUARDIAN

Entiendo que HOPES tiene un enfoque de equipo integrado para el manejo del paciente y que la información médica puede ser compartida entre los médicos, farmacéutico, salud mental, enfermeras, administradores de casos, asistentes médicos, estudiantes de medicina o internos sin autorización escrita. Esta información es utilizada exclusivamente para el proposito de la coordinación de la atención médica y los servicios sociales.

\_\_\_\_\_ INICIALES DE PACIENTE O PADRE/GUARDIAN

**HONORARIOS DE PAGO POR SERVICIOS:** Northern Nevada HOPES brinda servicios a clientes que no tienen cobertura de seguro de terceros utilizando una escala de tasa de deslizamiento, adhiriéndose a las directrices de la pobreza de salud y servicios humanos. Entiendo los cargos por servicios dependen de mis ingresos y pueden cambiar como mis ingresos aumenta o disminuye. En caso de que tengo derecho a los beneficios derivados de cualquier póliza de seguro privado o comercial, dichas prestaciones serán solicitados y asignados al Northern Nevada de HOPES. Si yo estoy cubierto por Medicare, Medicaid o compensación del trabajador, se enviará un reclamo a la agencia apropiada. Sin embargo, entiendo que soy responsable por cualquier copagos, deducibles, u otros cargos por ninguna póliza de seguro o agencia gubernamental y estos copagos son pagaderos en el momento de servicio prestado a menos que se han hecho otros arreglos previos.

He leído con atención y comprendo totalmente este consentimiento y acuerdo. He recibido una copia de este consentimiento / acuerdo y estoy debidamente autorizado para ejecutar lo anterior, y acepto los términos como se describe. Entiendo que este consentimiento / acuerdo es efectivo hasta que sea revocada por escrito.

\_\_\_\_\_  
PATIENT/LEGAL GUARDIAN SIGNATURE

\_\_\_\_\_  
DATE

\_\_\_\_\_  
WITNESS SIGNATURE

\_\_\_\_\_  
DATE

## Derechos y Responsabilidades del Paciente

### Como paciente, tienes el derecho a:

- Participar en su atención Médica y tratamiento
- Conozca los nombres de las personas que cuidan de usted
- Ser tratado con respeto y dignidad en un ambiente seguro y privado
- Cambiar proveedores médicos en Northern Nevada HOPES
- Obtenga otra opinión sobre su enfermedad o tratamiento
- Respeto por sus valores y creencias culturales, sociales, espirituales y personales.
- Conozca el costo de su cuidado y las maneras que usted puede pagar por su cuidado
- Acceda al médico de guardia a través de un servicio de contestador después del horario de atención
- Acceda a servicios de interpretación si no entiende inglés, u otra asistencia si está oyendo o impedimento visual. Estos servicios son gratuitos.
- Use la Línea de Ayuda de REMSA para Enfermeras al 775-858-1000
- No se le negarán servicios debido a la imposibilidad de pagar
- Esté informado sobre su enfermedad y tratamiento, incluyendo opciones para su cuidado
- Conozca los servicios disponibles a través de HOPES
- Sepa que HOPES no proporciona servicios dentales en el sitio, pero puede ser referido a dentistas externos
- Solicite arreglos especiales si tiene una discapacidad
- Se niega a ser incluido en cualquier programa de investigación sin limitar la atención médica o el tratamiento
- Sepa que HOPES no maneja problemas de dolor crónico
- Estar informado de que HOPES no proporciona evaluaciones de discapacidad
- Estar informado de que grabar su visita al consultorio con su proveedor sin revelar lo mismo no fomenta una relación de confianza entre el proveedor y el paciente
- Estar informado de las horas y plazos de la farmacia de HOPES para llenar las recetas nuevas y existentes
- Estar informado del acceso electrónico de los expedientes de su paciente a través del portal web del paciente de HOPES
- Privacidad de sus registros médicos según lo determinado por HIPAA / 42 CFR Parte 2
- Hable con un supervisor sobre cualquier pregunta o problema con su cuidado
- Conocer los requisitos legales de informes
- Prohibir el tratamiento y los servicios de tratamiento según lo permitido por la ley
- Presente una queja o una queja formal, si no está satisfecho con el cuidado en HOPES

\_\_\_\_\_  
INICIALES

\_\_\_\_\_  
FECHA

\*\* Continúa en la siguiente página \*\*

## Derechos y Responsabilidades del Paciente (CONTINUADO)

### Como paciente, tienes el derecho a:

- Informe a su médico acerca de su enfermedad o problemas
- Haga preguntas sobre su enfermedad o cuidado
- Mostrar respeto tanto a los cuidadores como a otros pacientes
- Cancelar o reprogramar citas para que otra persona pueda tener ese horario
- Informe al hospital o la sala de emergencias de que usted es un paciente de HOPES para la coordinación del cuidado
- No llegue a Northern Nevada HOPES o mi cita intoxicada o bajo la influencia de drogas
- Use medicamentos o dispositivos médicos solo para usted
- Informe a un proveedor médico si empeora o si tiene una reacción inesperada a un medicamento
- Siga las instrucciones del prescriptor sobre todos los aspectos de las recetas
- Dar permiso por escrito para publicar sus registros de salud cuando sea necesario
- Proporcione a HOPES una copia de su testamento vital o poder notarial duradero para asuntos de atención médica
- Pagar sus co-pagos y facturas a tiempo
- Reunirse con consejeros financieros para establecer planes de pago

Si tiene alguna pregunta, por favor pregunte a un empleado de HOPES.

---

NOMBRE DEL PACIENTE

---

PACIENTE/FIRMA DEL GUARDIAN

FECHA



FOR OFFICE USE ONLY: PLEASE CHECK ONE

ADULT PRIMARY CARE	
PEDIATRIC PRIMARY CARE	
ADULT BEHAVIORAL HEALTH	
PEDIATRIC BEHAVIORAL HEALTH	

## Reconocimiento de las prácticas de privacidad y el procedimiento de quejas del paciente

Reconozco que he recibido una copia de la notificación de prácticas de privacidad y el Procedimiento de Quejas del Paciente.

\_\_\_\_\_  
NOMBRE DEL PACIENTE FECHA

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL PACIENTE FECHA

## RECONOCIMIENTO SE NEGÓ

En esta fecha, el paciente abajo firmantes se negó o error al acusar recibo de la notificación de prácticas de privacidad y el Procedimiento de Quejas del Cliente.

\_\_\_\_\_  
NOMBRE DEL PACIENTE FECHA

Motivo del rechazo: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL EMPLEADO DE HOPES FECHA

**Una copia firmada de esta página debe ser presentada ante el registro del paciente.**



FOR OFFICE USE ONLY: PLEASE CHECK ONE

PEDIATRIC PRIMARY CARE	
PEDIATRIC BEHAVIORAL HEALTH	

## Autorización del paciente: lanzamiento de pediatría del informacion

Este formulario autoriza la liberación de información de salud protegida (PHI) de conformidad con el CFR Partes 160 y 164.

NOMBRE DEL PACIENTE	ID DEL PACIENTE	FECHA DE CUMPLEAÑOS
---------------------	-----------------	---------------------

Autorizo A Northern Nevada HOPES para intercambiar información con los siguientes organismos y / o personas:

- Renown Health                       St. Mary's Health                       Northern Nevada Medical Center  
 Carson Tahoe Hospital               Banner Churchill Hospital               Northern Nevada Adult Mental Health  
 West Hills

Categoría	Miembro De La Familia
Nombre	
Dirección	
Dirección Línea 2	
Teléfono / Fax	

Categoría	Miembro De La Familia
Nombre	
Dirección	
Dirección Línea 2	
Teléfono / Fax	

Categoría	Familia Adoptiva
Nombre	
Dirección	
Dirección Línea 2	
Teléfono / Fax	

Categoría	Guardian Ad Litem
Nombre	
Dirección	
Dirección Línea 2	
Teléfono / Fax	

Categoría	Terapeuta
Nombre	
Dirección	
Dirección Línea 2	
Teléfono / Fax	

Categoría	Escuelas
Nombre	
Dirección	
Dirección Línea 2	
Teléfono / Fax	

Categoría	Proveedores de Cuidado Infantil
Nombre	
Dirección	
Dirección Línea 2	
Teléfono / Fax	

Categoría	Médico de Atención Primaria
Nombre	
Dirección	
Dirección Línea 2	
Teléfono / Fax	

Categoría	
Nombre	
Dirección	
Dirección Línea 2	
Teléfono / Fax	

Categoría	
Nombre	
Dirección	
Dirección Línea 2	
Teléfono / Fax	

**Información que se entregará (por favor iniciales en todo lo que corresponda):**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Notas de progreso Clínica                     | <input type="checkbox"/> Registros del hospital    |
| <input type="checkbox"/> Lista de medicamentos                         | <input type="checkbox"/> Notas Psiquiatría         |
| <input type="checkbox"/> Notas de consumo de sustancias                | <input type="checkbox"/> Resultados de laboratorio |
| <input type="checkbox"/> VIH / SIDA y otras enfermedades transmisibles | <input type="checkbox"/> Notas de psicoterapia     |
| <input type="checkbox"/> Resultados de las pruebas diagnósticas        | <input type="checkbox"/> D / C Resumen             |
| <input type="checkbox"/> Otros (especificar)                           |  |

**Propósito para el lanzamiento:** \_\_\_\_\_

**Fechas para incluir: todas las fechas de servicio o de** \_\_\_\_\_ **to** \_\_\_\_\_

**Autorización de la fecha de vencimiento:** \_\_\_\_\_

**Aviso a los: 1) Receptor de la Información y 2) Paciente**

**1) RECEPTOR:** Esta información ha sido divulgada de registros protegidos por las reglas federales de confidencialidad (42 CFR parte 2 y CFR parte 164). Las reglas federales le prohíben hacer cualquier otra revelación de esta información a menos que más divulgación esté expresamente permitida por el consentimiento escrito de la persona a quien pertenece o según lo permitido por 42 CFR parte 2 o 45 CFR parte 164. Una autorización general para la divulgación de información médica o de otro no es suficiente para este propósito. Las reglas federales restringen cualquier uso de la información para investigar o procesar penalmente cualquier paciente de abuso de alcohol o drogas.**2) PACIENTE:** Entiendo que debo firmar voluntariamente y con conocimiento de esta autorización antes de que cualquier información puede ser puesto en libertad, y que puedo negarme a firmar, pero en ese caso la información no puede y no será divulgada. También entiendo que el tratamiento por este proveedor no está condicionado a mi firma de esta autorización, aunque se harán excepciones para a) el tratamiento y la investigación relacionada con b) a excepción de notas de psicoterapia, los planes de salud eran el pago está condicionado a una autorización para utilizar PHI para determinar el pago. Entiendo que la información usada o divulgada puede estar sujeta a una nueva divulgación por la persona o clase de personas o facilidad que lo recibe, y entonces ya no será protegida por las regulaciones federales de privacidad. Reconozco que tengo el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento, y entiendo que una vez que se da a conocer la información, puede que ya no esté protegida por las leyes federales de privacidad. (Usted puede revocar esta autorización por escrito, en persona o por correo certificado al proveedor a la dirección anterior. La revocación se verá afectado únicamente a la recepción, salvo en la medida en que el proveedor ha actuado basándose en la autorización. Más información sobre el derecho de revocar puede proporcionar de vez en cuando en la Comunicación de la Proveedor de Prácticas de Privacidad).

---

FIRMA DEL PACIENTE/ GUARDIAN LEGAL

FECHA

**REVOCAR LA AUTORIZACION PARA DIVULGAR INFORMACION**

Por este medio revoco esta autorización para divulgar información.

---

FIRMA DEL PACIENTE/ GUARDIAN LEGAL

FECHA

## Consentimiento de Correo Electrónico/ Texto (SMS)

---

NOMBRE DE PACIENTE

FECHA DE NACIMIENTO

---

CORRE ELECTRONICO DE PACIENTE

**Northern Nevada HOPES' no puede garantizar la seguridad y confidencialidad de la transmisión de correo electrónico y texto (SMS).** Servicios on-line y los empleadores tienen el derecho de acceso y archivo de correo electrónico y textos (SMS) transmitido a través de sus sistemas. Si usted permite que otros tengan acceso a su teléfono celular pueden ver los mensajes. Por lo tanto, tenga en cuenta que usted envía un correo electrónico y / o texto (SMS) por su cuenta y riesgo. Por varios factores del internet y el correo electrónico fuera de nuestro control, no podemos ser responsables por correo electrónico o texto (SMS), mal entregado o interrumpido. Northern Nevada HOPES y su proveedor de cuidado de salud no son responsables por las infracciones de confidencialidad causada por sí mismo o un tercero.

Northern Nevada HOPES sólo enviará mensajes de texto (SMS) de acuerdo con la Orden y Orden Declaratoria de la Comisión Federal de Comunicaciones (FCC). HOPES no recibirá mensajes de texto (SMS).

Correo electrónico es más adecuado para cuestiones rutinarias y preguntas sencillas. No debe enviar por correo electrónico para situaciones urgentes o de emergencias o para asuntos que requieran una respuesta inmediata. Su proveedor tratará de leer y responder prontamente a correo electrónico, pero no puede ser garantizado que un correo electrónico será leído y repuesto dentro de un período de tiempo específico. Asuntos con sensibilidad de tiempo deben ser atendidos por teléfono. No use correo electrónico para las comunicaciones con respecto a información sensible de la salud, como enfermedades de transmisión sexual, el VIH/SIDA, salud mental o abuso de sustancias.

Por favor incluye su nombre completo, fecha de nacimiento y número de teléfono en todos los correos electrónicos. Describe el tema de su correo electrónico en la línea marcada "Sujeto/Asunto?" en su mensaje.

Todos los correos electrónicos entre usted y su proveedor con respecto a diagnósticos o tratamiento serán imprimidos y hechos parte de sus registros médicos permanente.

Su proveedor puede reenviar su correo electrónico a otros miembros del equipo según como sean necesario para la respuesta. Sin embargo, su correo electrónico no será enviada fuera nuestro equipo de salud sin su autorización.

Para prevenir la introducción de virus a nuestro sistema, no envíe archivos adjuntos a nosotros en su correo electrónico.

Usted es responsable para proteger su contraseña y otros medios de acceso al correo electrónico y texto (SMS).

---

NOMBRE DE PACIENTE

FECHA

---

FIRMA DE PACIENTE

FECHA

