



St. Thomas East End Medical Center Corporation
 4605 Tutu Park Mall, Suite 207
 P.O. Box 503177
 St. Thomas, VI 00805-3177

OFFICIAL USE	
PT#	_____
ID Verified:	_____
I:	RD: _____

Tel: (340)775-3700
 Fax: (340)777-7927

"Su Salud es nuestra Primera Prioridad"

CONSENTIMIENTO PARA COMUNICACIÓN

Los pacientes/ clientes solicitan con frecuencia que nos comuniquemos con ellos por teléfono, correo de voz, correo electrónico o mensaje de texto. St. Thomas East End Medical Center Corporation (STEEMCC) respeta su derecho a las comunicaciones confidenciales sobre su información médica protegida (PHI), así como su derecho a dirigir cómo ocurren esas comunicaciones. Dado que el correo electrónico y los mensajes de texto pueden ser intrínsecamente inseguros como método de comunicación, solo nos comunicaremos con usted por correo electrónico o mensaje de texto con su consentimiento por escrito a la dirección de correo electrónico o número de teléfono que nos proporcione a continuación. Por favor tenga en cuenta que si tiene una cuenta de correo electrónico a través de su empleador, su empleador puede tener acceso a su correo electrónico. Cuando da su consentimiento para comunicarse con nosotros por correo electrónico o mensaje de texto, está consintiendo al correo electrónico y comunicaciones de mensajes de texto que **NO** pueden estar cifradas. Además, los mensajes del buzón de voz o del contestador automático pueden ser interceptados por otros. Por lo tanto, esta de acuerdo en aceptar el riesgo de que su PHI pueda ser interceptada por personas **NO** autorizadas para recibir dicha información cuando da su consentimiento para comunicarse con nosotros a través del teléfono, correo de voz, correo electrónico o mensaje de texto. STEEMCC **NO** será responsable de cualquier violación de privacidad o seguridad que pueda ocurrir a través del correo de voz, correo electrónico o comunicaciones de texto que usted haya consentido. Puede optar por limitar el tipo de correo de voz, correo electrónico o comunicación de texto que tiene con nosotros si desea limitar su riesgo de exponer su PHI a personas no autorizadas. Por favor indique a continuación qué tipo de correspondencia da consentimiento para recibir por correo electrónico, teléfono o mensaje de texto. **Inicial:** _____

INFORMACIÓN DEL PORTAL DEL PACIENTE

Una vez que se complete el formulario de registro y se devuelva al Health Information Management (HIM) Department, recibirá un correo electrónico con un enlace al portal del paciente (dentro de los tres días hábiles). Esto incluirá su ID de inicio de sesión único e información de contraseña única. Por favor asegúrese de revisar su correo electrónico masivo, basura o spam porque puede haber filtrado el correo electrónico allí. Una vez que reciba su ID de inicio de sesión y contraseña de un solo uso, siga las instrucciones. Copie y pegue su ID de usuario y contraseña de un solo uso en los campos. Se le pedirá que cree un nuevo nombre de usuario y contraseña. Deberá leer y aceptar los Términos y Condiciones del portal del paciente antes de que se pueda acceder a el. Siempre que se publique un nuevo artículo en el portal del paciente, como resultados, informes, citas, etc., recibirá una notificación por correo electrónico. Habrá un enlace en la parte de abajo de la dirección de correo electrónico a la pantalla de inicio de sesión del portal. No se transmite información médica en ningún correo electrónico. Todas las direcciones de correo electrónico se mantendrán confidenciales y no se utilizarán para marketing o solicitudes. Vaya a www.steemcc.org para acceder a su portal u obtener más información sobre el portal del paciente. **Inicial:** _____

AUTORIZACIÓN

Autorizo a St. Thomas East End Medical Center Corporation (STEEMCC) a enviar mensajes de texto y / o correo electrónico para comunicar citas, información del portal del paciente y / u otras comunicaciones que **NO** revelen mi PHI. También autorizo a STEEMCC a crear un ID de inicio de sesión y una contraseña en el portal del paciente para el paciente que se indica a continuación. Al aceptar estos términos, acuerdo que todos las personas asociadas con mi cuenta pueden recibir alertas que hacen referencia al garante de la cuenta y / o dependientes. Entiendo que el la información me será enviada por correo electrónico dentro de 3-5 días hábiles al correo electrónico que se proporciona a continuación. Cargos por mensaje de texto desde el proveedor de mi teléfono celular puede ser aplicado. Entiendo que puedo negarme a firmar este consentimiento y dicho rechazo no me impedirá recibir tratamiento, pago para mi tratamiento, inscripción en un plan de salud o elegibilidad para beneficios. Además, entiendo que mi negativa a firmar este consentimiento no evitará que reciba una copia de mis registros médicos.

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Padre / Madre/ Tutor (si corresponde): _____

Celular #: _____ Correo electrónico: _____

- | Consentimiento | No Consentimiento | Método Preferido |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> DOY mi consentimiento para los mensajes de texto | <input type="checkbox"/> NO DOY consentimiento para los mensajes de texto | <input type="checkbox"/> Correo electrónico |
| <input type="checkbox"/> DOY mi consentimiento para las llamadas telefónicas | <input type="checkbox"/> NO DOY consentimiento para las llamadas telefónicas | <input type="checkbox"/> Llamada telefónica |
| <input type="checkbox"/> DOY mi consentimiento para el correo electrónico | <input type="checkbox"/> NO DOY consentimiento para el correo electrónico | <input type="checkbox"/> Mensajes de texto |
| <input type="checkbox"/> DOY mi consentimiento para el portal del paciente | <input type="checkbox"/> NO DOY consentimiento para el portal del paciente | <input type="checkbox"/> Sitio web / Portal |
| <input type="checkbox"/> DOY mi consentimiento a TODAS las formas de comunicación | <input type="checkbox"/> NO DOY consentimiento a NO formas de comunicación | <input type="checkbox"/> Vídeo |

Firma: _____ Fecha: _____

Por Favor escriba en molde la relación con el paciente (si es firmado por un representante personal del paciente): _____