

HIPAA - PATIENT CONSENT FOR USE OF DISCLOSURE OF PROTECTED HEALTH INFORMATION (PHI) ACKNOWLEDGMENT OF RECEIPT OF NOTICE OF PRIVACY PRACTICES

Confirmando que se me ha proveído con la “Nota De Practicas De Privacidad” de **VERITAS MEDICAL GROUP INC .**, y doy mi consentimiento para usar y compartir Información Personal De Salud como lo permita y/o requiera la ley.

Nombre Del Paciente: *(nombre en letra de molde por favor)*

Firma Del Paciente: *(o representante legal; prueba puede ser requerida)*

Fecha:

CONSENTIMIENTO DE CORREO ELECTRONICO/MENSAJES DE TEXTO A MOVIL

Propósito: Esta forma es usada como consentimiento de usted para comunicarnos vía correo electrónico/mensaje de texto a móvil en referencia a su Información de Salud Protegida. **VERITAS MEDICAL GROUP INC ., (VMG)** ofrece a sus pacientes la oportunidad de comunicación vía correo electrónico/mensaje de texto a móvil. Transmitir información vía correo electrónico/mensaje de texto a móvil tiene numerosos riesgos que el paciente debe considerar antes de otorgarnos este consentimiento para estos propósitos. **VMG** usará formas razonables de proteger confidencial y seguro la información mandada a usted vía correo electrónico/mensaje de texto a móvil. De todas formas, **VMG** no podrá garantizarle proteger confidencial y seguro la comunicación vía correo electrónico/mensaje de texto a móvil y no será en ninguna forma responsable si esta información confidencial es usada inadvertidamente por otros.

Yo comprendo haber leído y completamente entendido el consentimiento de esta forma. Yo comprendo los riesgos asociados con la comunicación vía correo electrónico/mensaje de texto a móvil entre **VMG** y yo, y consiento a las condiciones que me han sido dadas. Cualquier pregunta que yo haya tenido me a sido respondida.

Patient Acknowledgment & Agreement /*Reconocimiento y Acuerdo del Paciente

Mi Correo Electrónico Consentido Es:

Mi Numero Móvil Para Mensaje De Texto Consentido Es:

Firma del Paciente:

Fecha:

***EN CASO DE EMERGENCIA:** Por favor llame al 911 or proceda al centro de emergencia mas cercano.

No use esta forma de comunicación para este propósito.

**HIPAA - PATIENT CONSENT FOR USE OF DISCLOSURE OF PROTECTED HEALTH INFORMATION (PHI)
ACKNOWLEDGMENT OF RECEIPT OF NOTICE OF PRIVACY PRACTICES**
