

## Información de Consentimiento del Portal de Pacientes y de Mensajes de Texto

Usted puede dar permiso al personal de **VIP MidSouth** para comunicarse con usted vía correo electrónico y mensajes de texto (también conocido como SMS). Este formulario proporciona información sobre los riesgos, las reglas y como utilizar estas formas de comunicación. También se utilizará para documentar su consentimiento de comunicarnos con usted por correo electrónico y mensajes de texto.

1. **Como vamos a utilizar el correo electrónico y mensajes de texto:** Utilizaremos estos métodos para comunicarnos sólo sobre cuestiones no sensibles ni urgentes. Todas las comunicaciones con y de parte de usted pueden hacerse parte de sus records médicos. Usted tiene el mismo derecho de acceder dichas comunicaciones así como el resto de su historial médico. Los mensajes de correo electrónico y de texto pueden ser enviados a otro miembro del personal VIPMS si es necesario para manejar la cuestión de una manera apropiada. No revelaremos sus correos electrónicos o mensajes de texto a los investigadores ni a otras personas al menos que sea permitido por la ley estatal o federal. Por favor consulte nuestra Póliza de Prácticas de Privacidad y de Información en cuanto a los usos permitidos de su información de salud y sus derechos con respecto a cuestiones de privacidad.
2. **El riesgo de usar el correo electrónico y mensajes de texto:** El uso del correo electrónico y mensajes de texto tiene una serie de riesgos que usted debe considerar. Estos riesgos incluyen, pero no se limitan a los siguientes:
  - a. Los correos electrónicos y textos pueden ser circulados, reenviados, almacenados electrónicamente y en papel, y transmitidos a destinatarios no deseados.
  - b. Los remitentes pueden fácilmente por equivocación enviar un correo electrónico o mensajes de texto a un destinatario no deseado.
  - c. Pueden existir copias de seguridad de los correos electrónicos y mensajes, incluso después que el emisor y/o el destinatario haya borrado su copia.
  - d. Los empleadores y los servicios en línea tienen el derecho de inspeccionar los correos electrónicos y textos enviados a través de sus sistemas de la empresa.
  - e. Los correos electrónicos y textos pueden ser interceptados, alterados, enviados a otros recipientes o utilizados sin ser autorizados y detectados.
  - f. Los correos electrónicos y textos pueden ser utilizados como prueba en los tribunales.
  - g. Correos electrónicos y mensajes de texto pueden no ser seguros, por lo que es posible que un tercero pueda cometer una infracción de la confidencialidad de esas comunicaciones.
3. **Condiciones del uso de correo electrónico y mensajes de texto:** VIPMS no puede garantizar, pero usará medidas razonables para mantener la seguridad y confidencialidad de la información de correo electrónico / texto enviados y recibidos. Debe reconocer y dar su consentimiento a las siguientes condiciones:
  - h. **EN UNA EMERGENCIA MEDICA, NO UTILICE EL CORREO ELECTRONICO NI EL PORTAL DE PACIENTES. LLAME AL 911.** No use el correo electrónico para problemas urgentes. Si usted tiene un problema urgente en horas de oficina, por favor llámenos. Mensajes o necesidades urgentes deben ser transmitidos a nosotros por teléfono.
  - i. Los correos electrónicos a través del Portal de Pacientes pueden no ser contestados inmediatamente. Aunque tratamos de responder a los mensajes de correo electrónico a diario, no podemos garantizar que cualquier correo electrónico en particular será leído y contestado dentro de un período de tiempo determinado.
  - j. Usted debe hablar con un miembro del personal para analizar situaciones complejas y/o sensibles en lugar de enviar un correo electrónico.
  - k. Usted debe usar su lógica al considerar el uso del correo electrónico o mensajes de texto cuando se trata de información médica sensible. El personal clínico no es responsable por el contenido de los mensajes.
  - l. VIPMS no se hace responsable por la violación de la confidencialidad causados por usted o por terceros.
  - m. Es su responsabilidad dar seguimiento con un miembro del personal cuando sea necesario.
  - n. Es su responsabilidad de notificar nuestra oficina si cambia su número telefónico o dirección de correo electrónico.
4. **Revocación de consentimiento:** Entiendo que puedo revocar este consentimiento en cualquier momento, avisando a VIPMS por escrito. Mi revocación de consentimiento no afectará mi capacidad de obtener atención de salud en el futuro ni va a causar la pérdida de los beneficios a los que tengo derecho.

Acct: \_\_\_\_\_

## Información de Consentimiento del Portal de Pacientes y de Mensajes de Texto

**Reconocimiento y Aceptación del paciente:** Yo reconozco que he leído y entendido completamente este formulario de consentimiento. Entiendo los riesgos asociados con el uso del correo electrónico y mensajes de texto como una forma de comunicación entre el personal VIPMS y yo, y el consentimiento a las condiciones e instrucciones indicadas, así como cualquier otra instrucción que VIPMS puede imponer para comunicarse conmigo por correo electrónico o mensaje de texto. Reconozco que los recordatorios de citas de texto son un servicio adicional y que estos no pueden llevarse a cabo en todas las ocasiones, y que la responsabilidad de asistir a sus citas o cancelarlas sigue correspondiendo a mí. Puedo cancelar el servicio de mensajes de texto en cualquier momento. VIPMS no es responsable de los cargos impuestos por mi proveedor de servicios telefónicos inalámbricos.

---

**Marque la que corresponda.** Deseo recibir comunicaciones y recordatorios de citas a través de:

**llamada de teléfono/correo de voz** en el número de teléfono: \_\_\_\_\_

.....

**mensaje de texto (SMS)** en el número celular: \_\_\_\_\_

Prefiero recibir los mensajes en la:  mañana  tarde  noche

.....

**SÓLO correo electrónico**, enviado a esta dirección: \_\_\_\_\_

.....

**No deseo recibir comunicaciones electrónicas** en este momento.

---

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

Nombre de Padre/tutor legal: \_\_\_\_\_

Firma de Padre/tutor legal: \_\_\_\_\_ Fecha de hoy : \_\_\_\_\_

Por favor escriba los nombres y fechas de nacimiento de cualquier paciente adicional aquí: