|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ou-logo | | | **Universidad de Oklahoma** | | | | |  | | | | | | | | | |
|  | | |  | | | | | | |  | | | | | | | |
| **Solicitud y Consentimiento para Comunicación Electrónica**  **(Excluidos el Portal para Pacientes y el Correo Electrónico Seguro)**  **Request and Consent for Electronic Communication**  **(Excluding Patient Portal and Secure Email)** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Apellido: | |  | | | | | Nombre: |  | | | | Segundo Nombre: | | | |  | |
| Otros Nombres Usados: | | | | |  | | Fecha de Nacimiento: | | | |  | | | | | | |
| Dirección: |  | | | | | | Ciudad: |  | | | | | Estado: |  | | Código Postal: |  |
| Teléfono Particular: | | | | ( ) | | Teléfono Alternativo: | | | ( ) | | | | Teléfono Móvil: | | ( ) | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Autorizo a la UO a comunicarse conmigo por:

texto: (\_\_\_\_\_)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

- o -

correo electrónico \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Es mi responsabilidad notificar a la UO al teléfono o a la dirección que se mencionan arriba si cambia mi información de contacto.

Entiendo que no deben utilizarse las comunicaciones electrónicas, por ejemplo, correos electrónicos o mensajes de texto, en el caso de necesitar atención de urgencia.

Entiendo que la negativa a firmar este formulario no afectará mi capacidad para recibir tratamiento en la entidad de la UO anteriormente mencionada.

Autorizo a la entidad de la UO anteriormente mencionada o a su representante a contactarme mediante la información proporcionada en este formulario. Entiendo que las comunicaciones pueden tratar sobre aspectos asociados a mi tratamiento y el pago de mis servicios médicos, 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 UO anteriormente mencionada la documentación que acredite mi identidad y completando el formulario de Solicitud de Medios Alternativos de Comunicación. Esto no se aplicará a las comunicaciones que han sido enviadas con anterioridad a la fecha de revocación.

La información autorizada para ser divulgada podrá incluir registros de trastorno por uso de sustancias. Este tipo de información de salud/registros médicos está protegida por las normas federales de confidencialidad (42 CFR Sección 2). A tales efectos, resulta insuficiente una autorización general para la divulgación de información médica o de otro tipo. Por tanto, al firmar el presente documento, autorizo en forma explícita la divulgación de la información incluida en mi historial médico. Las normas Federales restringen el uso de la información provista para investigar o procesar penalmente a los pacientes por abuso de drogas o alcohol. Las normas federales prohíben que quien reciba esta información o registro pueda hacerla pública salvo previa autorización por escrito de la persona a la que pertenece dicha información o en virtud del art. 42 CFR Sección 2.

**Entiendo que la información enviada a través de la comunicación electrónica puede incluir información que indique la presencia de enfermedades transmisibles o no transmisibles.**

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

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

**Entiendo y estoy de acuerdo con las declaraciones anteriores y deseo recibir las comunicaciones por medios electrónicos de la entidad de la UO anteriormente mencionada.**

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

**\*Se podrá solicitar documentación que lo acredite como representante legal.**