|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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: |       | C.P.: |       |
| Teléfono Particular: | ( )       |  Teléfono Alternativo:  | ( )       |  Teléfono Móvil: | ( )       |
|  |

Entiendo que no deben utilizarse las comunicaciones electrónicas mediante, por ejemplo, el correo electrónico o el mensaje de texto, en el caso de necesitar atención de urgencia.

Entiendo que la negativa a firmar este Consentimiento no afectará mi capacidad para acceder a los servicios de salud en la entidad de la Universidad de Oklahoma (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 aplicará a comunicaciones que han sido enviadas con anterioridad a la fecha de revocación.

La información autorizada para su divulgación a través de la comunicación electrónica también puede incluir información de tratamiento por abuso de drogas/alcohol. Este tipo de información médica está protegida por las leyes Federales de confidencialidad (42 CFR Sección 2). Las leyes federales prohíben que cualquier persona que reciba esta información realice una nueva divulgación a menos que dicha divulgación esté expresamente permitida por la autorización escrita de la persona a quien pertenece la información o según lo permitido por 42 CFR Parte 2. Las normas Federales restringen el uso de la información provista para investigar o procesar penalmente a los pacientes por abuso de drogas o alcohol. 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.

**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 la documentación que acredite la representación legal.**

University of Oklahoma Health Sciences Center, University Privacy Official, P. O. Box 26901, Oklahoma City, OK 73129