



Política de notificación al paciente y consentimiento

Nombre del paciente: _____ **Fecha nac.:** _____

Con el fin de asegurarnos de que los pacientes reciban información urgente y otros mensajes con información sobre su atención médica, como proveedores de fisioterapia de rehabilitación (“Proveedor”, “nosotros” o “nuestro”) enviamos notificaciones a los pacientes que optan recibir dichas notificaciones. Si usted (el paciente, en este documento mencionado como “usted”, “yo”, “mí,” “mi,” “su” y “suyo”) elige firmar este consentimiento y opta recibir dichas notificaciones del Proveedor, el Proveedor no impondrá un cargo aparte por esas notificaciones; no obstante, según cuáles sean los términos y condiciones del contrato/plan que usted tiene con su compañía de comunicación inalámbrica, se le podrían imponer cargos y/o restricciones por recibir notificaciones del Proveedor. Antes de dar su consentimiento para recibir dichas notificaciones del Proveedor, por favor póngase en contacto con su compañía de comunicación inalámbrica para preguntar sobre dichos cargos y restricciones.

Es importante que sepa que ciertas comunicaciones, incluidos, entre otros, los mensajes por correo electrónico y los mensajes de texto, que pueden contener su información médica protegida (“IMP”), no son invariablemente seguras ya que ciertas comunicaciones pueden ser interceptadas, enviadas y/o dirigidas a un receptor que no era el destinatario, y puede accederse a ellas indebidamente durante su almacenamiento o transmisión.

De conformidad con la Ley de Transferibilidad y Responsabilidad de los Seguros Médicos (Health Insurance Portability and Accountability Act, “HIPAA”), estamos obligados por ley a mantener la privacidad y seguridad de su IMP. Además, de conformidad con la Norma sobre la privacidad de la ley HIPAA y el Aviso de las prácticas sobre la privacidad del Proveedor, no usaremos ni entregaremos su IMP sin su autorización expresa por escrito, excepto si así lo permite la ley para realizar actividades de pago, tratamiento y atención médica. Además, cuando estemos autorizados y/o se nos permita a usar y/o revelar su IMP, limitaremos el uso y/o la revelación de su IMP a la cantidad mínima necesaria para lograr el fin previsto del uso y/o revelación de su IMP. Si decide permitir que el Proveedor entregue su IMP a una persona o entidad que no es usted, usted deberá completar el formulario de autorización de conformidad con HIPAA del proveedor, que puede solicitar en la recepción.

Usted tiene derecho a revocar este consentimiento enviando una notificación por escrito al funcionario de privacidad del Proveedor. Dicha revocación entrará en vigencia el día que el funcionario de privacidad reciba la revocación del consentimiento, y ninguna notificación anterior enviada por el Proveedor estará sujeta a dicha revocación del consentimiento.

Yo, el abajo firmante, por la presente consiento en recibir notificaciones del Proveedor, las que pueden incluir mi IMP, mediante los métodos de comunicación que indico abajo, entendiendo completamente los riesgos que implica que el Proveedor envíe dichas notificaciones, y acepto asumir toda la responsabilidad de informar al Proveedor por escrito de cualquier cambio en cualquiera de los métodos de comunicación indicados abajo y de asegurarme de que los métodos indicados abajo son seguros, con protección mediante contraseña cuando corresponda, y además acepto que el Proveedor no será considerado responsable de ninguna revelación no autorizada de mi IMP a un tercero por alguno de los métodos de comunicación autorizados abajo ni de ningún cargo y/o restricción que se me pueda imponer por recibir notificaciones del Proveedor:

Dispositivo móvil*: (_____)_____

Mensaje de texto*: (_____)_____

Compañía de comunicación inalámbrica: _____

Correo electrónico: _____

Elijo no recibir mensajes de texto ni comunicaciones por correo electrónico del Proveedor

* La compañía de comunicación inalámbrica puede imponer tarifas estándar por mensajes, datos y/o restricciones, y al consentir en recibir notificaciones del Proveedor usted acepta ser el único responsable de todos los cargos en que incurra por recibir notificaciones del Proveedor.

Firma del paciente/tutor legal: _____ **Fecha:** _____

Nombre del paciente/tutor legal: _____