

Comunicación y divulgación del paciente

Por favor escriba toda la información en los espacios proporcionados. Asegúrese de completar todos los campos y firmar a continuación.

Divulgación a terceros

Puedo dar permiso para que mi información médica protegida sea divulgada con el fin de comunicar resultados, hallazgos y decisiones de atención médica a familiares y otras personas. Comunicaré el nombre, la relación y la información de contacto al equipo clínico para garantizar que quede documentado.

Consentimiento para la toma de fotografías u otras grabaciones con fines de seguridad u operaciones de atención médica. Doy mi consentimiento para que se tomen fotografías, grabaciones digitales o de audio o imágenes de mí mismo con fines de atención al paciente, seguridad u operaciones de atención médica de la consulta/clínica (por ejemplo, actividades de mejora de la calidad). Entiendo que la consulta/clínica conserva la propiedad de las imágenes o grabaciones. Se me permitirá solicitar el acceso o copias de las imágenes o grabaciones cuando sea tecnológicamente posible, a menos que lo prohíba la ley. Entiendo que estas imágenes o grabaciones se almacenarán y protegerán de forma segura. Las imágenes o grabaciones en las que se me identifique no se divulgarán ni utilizarán fuera de las instalaciones sin mi autorización específica por escrito o la de mi representante legal, a menos que lo permita o lo exija la ley.

Consentimiento para el uso del correo electrónico, el teléfono móvil o los mensajes de texto para recordatorios de citas y otras comunicaciones relacionadas con la atención médica. Si en algún momento proporciono una dirección de correo electrónico o un número de teléfono móvil en el que se me pueda contactar, doy mi consentimiento para recibir instrucciones por medio de comunicaciones no protegidas y otras comunicaciones relacionadas con la atención médica en la dirección de correo electrónico o de mensajes de texto que he proporcionado a cualquier número de texto reenviado o transferido desde ese número. Estas instrucciones pueden incluir, entre otras, instrucciones posteriores al procedimiento, instrucciones de seguimiento, información educativa e información sobre recetas médicas. Otras comunicaciones de salud pueden incluir, entre otras, comunicaciones con familiares o representantes designados en relación con mi tratamiento o mi estado, o mensajes recordatorios sobre citas médicas. Nota: Puede optar, en cualquier momento, por no recibir estas comunicaciones. La consulta/clínica no cobra por este servicio, pero pueden aplicarse las tarifas estándar de mensajes de texto o minutos de teléfono móvil según lo establecido en su plan de telefonía móvil (póngase en contacto con su operador para conocer los planes de precios y los detalles).

Compartir Información

Valoramos su privacidad y estamos comprometidos a proteger su información personal. No compartimos su información de contacto móvil con otras personas, empresas o socios para fines de publicidad o promoción.

Podemos compartir su información con empresas o personas que nos ayudan a brindar nuestros servicios, como servicio al cliente, tecnología, comunicaciones y otros servicios necesarios para su atención médica. Estas empresas deben proteger su información y solo pueden usarla para ayudarnos a prestar nuestros servicios.

No compartimos su información de inscripción para recibir mensajes de texto (SMS), su consentimiento para recibir estos mensajes ni la información relacionada con los mensajes de su teléfono con otras personas, empresas o socios

para fines de publicidad o promoción.

La Clínica usa correo electrónico, mensajes de texto (SMS) y otras herramientas seguras con inteligencia artificial (IA) para comunicarse con usted sobre citas, recordatorios, coordinación de su atención médica, participación del paciente y respuestas a sus preguntas. Estas herramientas cumplen con las normas de privacidad y seguridad para proteger su información.

Las herramientas con inteligencia artificial (IA) no reemplazan la atención de su proveedor de salud, la comunicación directa con su equipo médico ni los servicios de emergencia. Si tiene una emergencia médica, llame al 911 o busque atención médica de inmediato.

- No deseo participar en las comunicaciones por mensajes de texto (SMS).

Cancelar mensajes de texto (SMS)

Si ya no desea recibir mensajes de texto (SMS), responda con la palabra "STOP" en cualquier momento.

Comunicaciones a través del portal del paciente

Reconozco que el medio más seguro para comunicarme con La Clínica es el portal del paciente, disponible en www.lcdp.org/patient. Puedo pedir ayuda a un representante de acceso al paciente si necesito inscribirme o si tengo preguntas sobre el portal del paciente. La Clínica tratará de limitar la información que incluye en las comunicaciones electrónicas. Sin embargo, entiendo que la información sobre mi atención médica, incluidas las citas, la información de facturación, las recetas y los resultados de las pruebas, puede enviarse por vía electrónica. Al firmar a continuación, elijo y consiento libremente a recibir las comunicaciones electrónicas.

- No deseo participar en las comunicaciones electrónicas a través del Portal del Paciente.

Al firmar a continuación, reconozco que he leído y entendido plenamente los párrafos anteriores.

Firma del paciente o de la persona legalmente autorizada

Fecha

Firmado por (circule uno): Paciente / Padre o madre / Tutor legal / Cuidador