

MRN:
Patient Name:

(Patient Label)

**FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO
PARA CORREO ELECTRÓNICO**
(E-Mail Consent Form)

- **UCLA Health System**
- **Centro Médico y Hospital Ortopédico de UCLA en Santa Mónica**
(Santa Monica UCLA Medical Center and Orthopaedic Hospital)
- **Hospital Neuropsiquiátrico Stewart and Lynda Resnick**
(Stewart and Lynda Resnick Neuropsychiatric Hospital)

Usted y su proveedor de atención médica aceptaron mantener correspondencia por correo electrónico. En este formulario se brindan pautas sobre el uso específico de este tipo de comunicación y se documenta su consentimiento.

**EN CASO DE EMERGENCIA MÉDICA, NO UTILICE
EL CORREO ELECTRÓNICO. LLAME AL 911**

Uso del correo electrónico: En general, la comunicación por correo electrónico debe realizarse entre el proveedor y un paciente adulto de 18 años o más, o el padre o tutor legal de un menor.

Privacidad y confidencialidad: A menos que su proveedor le informe específicamente que la comunicación por correo electrónico se realizará a través de un servidor seguro, tenga en cuenta que otras personas que no sean el destinatario podrían ver los mensajes. Además, el hospital puede controlar el contenido de los mensajes de correo electrónico para garantizar que se utilicen de manera apropiada.

Hable con su proveedor acerca de quién procesará sus mensajes de correo electrónico durante el horario de atención, las vacaciones o en caso de enfermedad. Los mensajes de correo electrónico relacionados con su atención se incluirán en su registro médico.

Cómo crear un mensaje: En la línea "Asunto", incluya el tema general del mensaje, por ejemplo, Receta, Consulta o Asesoramiento. En el cuerpo del mensaje, incluya su nombre y su número de identificación (Número de registro médico) o su fecha de nacimiento.

Contenido del mensaje: La comunicación por correo electrónico se debe utilizar únicamente para temas que no sean delicados ni urgentes. Entre los tipos de información que pueden comunicarse por correo electrónico se incluye:

- Consultas sobre recetas
- Consultas sobre seguimientos de rutina
- Programación de consultas
- Información sobre medidas de control personal, como decisiones sobre presión arterial y glucosa

Según las leyes de California, su proveedor no puede comunicar resultados de análisis a menos que el envío de correspondencia por correo electrónico se realice a través de un servidor seguro. Además, nunca debe utilizarse el correo electrónico para informar resultados de análisis relacionados con VIH,

MRN: Patient Name: (Patient Label)
--

**FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO
PARA CORREO ELECTRÓNICO**
(E-Mail Consent Form)

enfermedades de transmisión sexual, hepatitis, abuso de drogas, presencia de tumores malignos, abuso de alcohol o asuntos relacionados con la salud mental.

Tiempo de la respuesta: Hable con su proveedor acerca del periodo de tiempo previsto dentro del cual recibirá una respuesta. Pasado ese período previsto, comuníquese con su proveedor al número de teléfono que aparece a continuación.

Cómo finalizar la comunicación por correo electrónico: Tanto usted como su proveedor pueden solicitar, por correo electrónico o por carta, la finalización del uso del correo electrónico como medio de comunicación.

Exención de responsabilidad: **UCLA Health System, Santa Monica UCLA Medical Center and Orthopedic Hospital y Stewart and Lynda Resnick Neuropsychiatric Hospital no son responsables por los mensajes de correo electrónico que se extravíen debido a fallas técnicas que se produzcan durante la creación, la transmisión o el almacenamiento de los mensajes.**

He leído y comprendo la información precedente y todas mis preguntas recibieron una respuesta satisfactoria. Acepto las pautas para la comunicación por correo electrónico.

 Firma del paciente, padre o representante personal Fecha Hora

 Relación (si no es el paciente)

Dirección de correo electrónico del paciente (en letra de imprenta): _____

Nombre del proveedor: _____ Número de teléfono: _____

Dirección de correo electrónico del proveedor (en letra de imprenta): _____

**FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO
PARA CORREO ELECTRÓNICO**
(E-Mail Consent Form)

(Patient Label)

- **UCLA Health System**
- **Centro Médico y Hospital Ortopédico de UCLA en Santa Mónica**
(Santa Monica UCLA Medical Center and Orthopaedic Hospital)
- **Hospital Neuropsiquiátrico Stewart and Lynda Resnick**
(Stewart and Lynda Resnick Neuropsychiatric Hospital)

Usted y su proveedor de atención médica aceptaron mantener correspondencia por correo electrónico. En este formulario se brindan pautas sobre el uso específico de este tipo de comunicación y se documenta su consentimiento.

**EN CASO DE EMERGENCIA MÉDICA, NO UTILICE
EL CORREO ELECTRÓNICO. LLAME AL 911**

Uso del correo electrónico: En general, la comunicación por correo electrónico debe realizarse entre el proveedor y un paciente adulto de 18 años o más, o el padre o tutor legal de un menor.

Privacidad y confidencialidad: A menos que su proveedor le informe específicamente que la comunicación por correo electrónico se realizará a través de un servidor seguro, tenga en cuenta que otras personas que no sean el destinatario podrían ver los mensajes. Además, el hospital puede controlar el contenido de los mensajes de correo electrónico para garantizar que se utilicen de manera apropiada.

Hable con su proveedor acerca de quién procesará sus mensajes de correo electrónico durante el horario de atención, las vacaciones o en caso de enfermedad. Los mensajes de correo electrónico relacionados con su atención se incluirán en su registro médico.

Cómo crear un mensaje: En la línea "Asunto", incluya el tema general del mensaje, por ejemplo, Receta, Consulta o Asesoramiento. En el cuerpo del mensaje, incluya su nombre y su número de identificación (Número de registro médico) o su fecha de nacimiento.

Contenido del mensaje: La comunicación por correo electrónico se debe utilizar únicamente para temas que no sean delicados ni urgentes. Entre los tipos de información que pueden comunicarse por correo electrónico se incluye:

- Consultas sobre recetas
- Consultas sobre seguimientos de rutina
- Programación de consultas
- Información sobre medidas de control personal, como decisiones sobre presión arterial y glucosa

Según las leyes de California, su proveedor no puede comunicar resultados de análisis a menos que el envío de correspondencia por correo electrónico se realice a través de un servidor seguro. Además, nunca debe utilizarse el correo electrónico para informar resultados de análisis relacionados con VIH,

MRN:
Patient Name:

(Patient Label)

**FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO
PARA CORREO ELECTRÓNICO**
(E-Mail Consent Form)

enfermedades de transmisión sexual, hepatitis, abuso de drogas, presencia de tumores malignos, abuso de alcohol o asuntos relacionados con la salud mental.

Tiempo de la respuesta: Hable con su proveedor acerca del periodo de tiempo previsto dentro del cual recibirá una respuesta. Pasado ese período previsto, comuníquese con su proveedor al número de teléfono que aparece a continuación.

Cómo finalizar la comunicación por correo electrónico: Tanto usted como su proveedor pueden solicitar, por correo electrónico o por carta, la finalización del uso del correo electrónico como medio de comunicación.

Exención de responsabilidad: **UCLA Health System, Santa Monica UCLA Medical Center and Orthopedic Hospital y Stewart and Lynda Resnick Neuropsychiatric Hospital no son responsables por los mensajes de correo electrónico que se extravíen debido a fallas técnicas que se produzcan durante la creación, la transmisión o el almacenamiento de los mensajes.**

He leído y comprendo la información precedente y todas mis preguntas recibieron una respuesta satisfactoria. Acepto las pautas para la comunicación por correo electrónico.

Firma del paciente, padre o representante personal

Fecha

Hora

Relación (si no es el paciente)

Dirección de correo electrónico del paciente (en letra de imprenta): _____

Nombre del proveedor: _____ Número de teléfono: _____

Dirección de correo electrónico del proveedor (en letra de imprenta): _____