

CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE PARA RECIBIR COMUNICACIONES POR CORREO ELECTRÓNICO

Island Hospital entiende que desea que nos comuniquemos con usted por correo electrónico. Antes de emplear las comunicaciones por correo electrónico que pueden contener su información de salud protegida, Island Hospital debe informarle que existe cierto nivel de riesgo de que la información contenida en un correo electrónico sin cifrar pueda ser leída por un tercero. Island Hospital no será responsable de ningún acceso no autorizado a su información de salud protegida que esté contenida en correos electrónicos que le enviemos.

Si tiene preguntas acerca de este formulario o de nuestras comunicaciones con usted acerca de su información de salud protegida, puede comunicarse con la oficial de Privacidad de Island Hospital, Kay Steiner, por teléfono al 360-299-4291.

Yo, el abajo firmante, doy mi consentimiento para el envío de comunicaciones por correo electrónico por parte de Island Hospital y sus proveedores en relación con mi información de salud protegida, y comprendo los riesgos asociados con el uso de las comunicaciones por correo electrónico. Notificaré a Island Hospital por escrito si no deseo continuar comunicándome a través de correos electrónicos.

Dirección de correo electrónico

Nombre del paciente (en letra de imprenta)

Fecha de nacimiento del paciente

Firma del paciente

Fecha