



CONSENTIMIENTO PARA COMUNICACIONES ELECTRÓNICAS NO PROTEGIDAS

Nombre del cliente: _____ Fecha de nacimiento: __/__/____ No. de HC _____

____(iniciales) **ACEPTO** Al poner mis iniciales en la casilla que contiene "Acepto", declaro que he leído, comprendido y acepto los términos de este documento, y deseo dar, y doy mi consentimiento para recibir comunicaciones electrónicas como se indica a continuación (por ejemplo, mensajes de texto, correos electrónicos y/o *mensajería instantánea, FaceTime*), y tengo presente que puedo solicitar a **DMHAS** una copia de este formulario en cualquier momento.

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO PARA EL USO DE DATOS ELECTRÓNICOS NO PROTEGIDOS

____(iniciales) Afirmo que he leído, comprendido y acepto los términos para utilizar comunicaciones electrónicas no protegidas. Entiendo los riesgos asociados con la comunicación con la transmisión electrónica de datos no protegidos entre **DMHAS** y yo, y acepto las condiciones indicadas en este documento. Acepto las instrucciones para comunicarse mediante la transmisión electrónica de datos no protegidos como se describe aquí, así como cualquier otra instrucción que **DMHAS** pueda imponer para comunicarse mediante transmisión electrónica de datos no protegidos.

- Si bien **DMHAS** intentará revisar y responder de manera oportuna a su comunicación electrónica, **DMHAS** no puede garantizar que se revisen y respondan todas las comunicaciones electrónicas dentro de un período de tiempo específico.

Estos servicios no deberán utilizarse para emergencias médicas u otros asuntos urgentes.

- Si necesita asistencia inmediata, o si su condición parece grave o empeora rápidamente, no debe confiar en los servicios de comunicación electrónica. **Al contrario, debe tomar otras medidas según corresponda, como ir al Departamento de Emergencias o la clínica de atención de urgencias más cercana o llamar al 911.**

Acepto que, debido a mi consentimiento por escrito, el uso de la transmisión electrónica de datos no protegidos para comunicarse conmigo en relación con datos no públicos es una forma razonable y adecuada de comunicarse conmigo.

Quiero comunicarme por (*marque todas las casillas que correspondan*):

Correo electrónico no protegido Textos no protegidos Ambos (Correo electrónico y textos no protegidos)

Dirección de correo electrónico	Número para textos	Nombre del destinatario

FaceTime (Solo clientes sordos o con dificultades auditivas) <input type="checkbox"/>	Nombre/número del destinatario
---	--------------------------------

Acepto notificar a mi proveedor si la dirección de correo electrónico o el número de teléfono indicados anteriormente cambian.

Firma del cliente

Fecha

Firma del representante de DMHAS

Fecha