

AUTORIZACION HIPAA PARA MENSAJES DE TEXTO, VOZ, Y CORREO ELECTRONICO

Community Volunteers in Medicine (CVIM) está ofreciendo un nuevo programa de mensajes de apoyo en forma de texto y correo electrónico. Ejemplos de estos mensajes son recordatorios y programas educativos sobre su salud. Esta forma es para obtener su consentimiento. No está obligado a firmar esta forma, es completamente voluntariamente. No afectara el tratamiento que le damos.

**Costo.** No tiene que pagar por ser parte del Programa. El costo estándar de su proveedor móvil o de internet puede aplicar.

**Riesgos.** Enviar y recibir mensajes de texto, voz, y correos electrónicos puede poner en riesgo la privacidad y seguridad de su información de salud personal (“PHI” por sus siglas en ingles). Ejemplos de PHI son: nombre, condición medica o cobertura de su seguro medico.

- Mensajes de texto, voz, y correos electrónicos no están codificados. Codificación hace que la información se mantenga segura. La información en los mensajes de texto, voz y correos electrónicos no es segura.
- Si comparte su teléfono, teléfono móvil, o correo electrónico o si pierde o le roban su celular, alguien mas puede tener acceso a su PHI. Alguien mas puede leer, usar o compartir los mensajes.

Yo, el Paciente, entiendo y acepto cada una de las siguientes clausulas:

- **Yo autorizo que (CVIM) me mande mensajes de texto, voz, y correos electrónicos.** Esto incluye (pero no está limitado a) recordatorios relacionados con mi tratamiento o cuidado e información de salud.
- Mensajes de texto, voz, y correos electrónicos de (CVIM) pueden contener PHI. Yo seré responsable por la información que comparta con (CVIM).
- Este consentimiento será valido mientras reciba tratamiento de (CVIM). Yo le puedo pedir a (CVIM) una forma de comunicación más segura, como teléfono o fax.
- Le avisaré a (CVIM) si cambio mi número celular o si ya no quiero ser parte del Programa. Puedo enviar un correo electrónico (CVIM) o llamar al (CVIM). También puedo enviar una carta a ( ).
- Tengo derecho a recibir una copia de esta forma de consentimiento para mis archivos.

**He leído la información anterior y, al firmar, confirmo:**

**Sí! Quiero ser parte del Programa. Teléfono Celular:** (\_\_\_\_) \_\_\_\_ – \_\_\_\_  
**Correo Electrónico:** \_\_\_\_\_ **@** \_\_\_\_\_ **Teléfono de Casa:**(\_\_\_\_) \_\_\_\_ – \_\_\_\_\_

**No. No quiero ser parte del Programa.**

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente o Representante

\_\_\_\_\_  
Fecha

AUTORIZACION HIPAA PARA MENSAJES DE TEXTO, VOZ, Y CORREO ELECTRONICO

---

Nombre del Paciente o Representante en letra molde

---

Relación del Representante con el Paciente