***Acuerdo de Comunicaciones Electrónicas para Información de Salud Personal***

Este Acuerdo de Comunicaciones Electrónicas para Información de Salud Personal (Acuerdo PHI) se establece entre Pandora Family Medicine (“Clínica Privada”) y el paciente que firma a continuación (“Paciente”).

Este acuerdo describe los términos y riesgos relacionados con el uso de correo electrónico, mensajes de texto, videollamadas (ej. FaceTime, Skype) y otros métodos de comunicación electrónica que pueden incluir el intercambio de Información de Salud Protegida (PHI).

**Por favor, ponga sus iniciales en cada sección y firme al final.**

\_\_\_\_\_ Autorizo a Pandora Family Medicine a usar correo electrónico, mensajes de texto o plataformas de video (ej. Skype, FaceTime) para comunicarse conmigo, lo cual puede incluir PHI. Entiendo que estas plataformas no siempre garantizan privacidad, aunque la clínica hará todo lo razonable para proteger mi información.

\_\_\_\_\_ Acepto proporcionar y mantener actualizados mi número de teléfono móvil, correo electrónico y otra información de contacto electrónico. Autorizo a la clínica a responder a comunicaciones que aparentan venir de mí, incluso si no provienen de mi información oficial de contacto.

\_\_\_\_\_ Entiendo que la comunicación electrónica no es apropiada para emergencias o situaciones urgentes. En esos casos, llamaré al 9-1-1 o acudiré a la sala de emergencias más cercana.

\_\_\_\_\_ Reconozco que Pandora Family Medicine valora mi privacidad, toma medidas razonables de seguridad y cumple con los estándares HIPAA/HITECH en el manejo de comunicaciones electrónicas.

\_\_\_\_\_ Entiendo que fallas técnicas, hackeos o robos podrían comprometer mi PHI. Aun así, autorizó el uso de la comunicación electrónica y liberó de responsabilidad a Pandora Family Medicine y su personal por divulgaciones no intencionales que no hayan sido directamente causadas por la clínica.

\_\_\_\_\_ Autorizo a la clínica a compartir mi PHI según sea necesario para coordinar mi atención, programar servicios y comunicarse con otros proveedores involucrados en mi cuidado.

\_\_\_\_\_ Identificó a las siguientes personas o entidades como autorizadas para recibir mi PHI:

Personas/entidades autorizadas (escribir aquí):

\_\_\_\_\_ Entiendo que si no cumplo con este acuerdo, Pandora Family Medicine puede suspender la comunicación electrónica conmigo e incluso terminar mi atención en la clínica.

\_\_\_\_\_ Consiento el uso de comunicación electrónica y fuera de horario, incluyendo con las personas o entidades autorizadas arriba.

\_\_\_\_\_ Entiendo que aunque es conveniente, la comunicación electrónica no es perfecta y pueden ocurrir fallos de privacidad o retrasos. Aun así, autorizo su uso bajo los términos descritos.

\_\_\_\_\_ He recibido el Aviso de Prácticas de Privacidad de la clínica y confirmó haberlo recibido.

\_\_\_\_\_ Entiendo que puedo solicitar una copia o resumen de mi PHI. Aunque el acceso básico y el almacenamiento no tienen costo, pueden aplicarse cargos por:

* Tiempo técnico especializado dedicado a preparar los registros
* Copias/escaneo/grabación en medios físicos (ej. CD o USB)
* Preparación de resúmenes o explicaciones
* Materiales físicos o gastos de envío
* Acepto pagar los costos reales asociados con medios físicos o solicitudes especiales.

\_\_\_\_\_ Entiendo que este acuerdo seguirá vigente hasta que cualquiera de las partes lo revoque por escrito, con un aviso de 30 días. Al revocarlo, la comunicación electrónica dejará de usarse, salvo lo permitido por la ley.

**Una fotocopia o copia digital de este formulario firmado se considerará tan válida como el original.**

**Nombre del paciente (en letra de molde): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Firma del paciente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**(o del representante si el paciente es menor de edad)**