

Consentimiento Para Las Comunicaciones Eletronicas

En un esfuerzo por proporcionar una mejor atención a nuestros pacientes, hemos implementado completamente nuestro portal de pacientes para usted. Con el fin de acceder y comunicarse con nuestro personal a través del portal del paciente por favor proporcione su correo electrónico que nos permite comunicarnos con usted por vía electrónica.

Utilice el portal para

- Pedir rellenos de medicamentos (por favor permita 72 horas para los rellenos de medicamentos)
- Programar citas
- Acceder a las notas de su visita al consultorio
- Enviar preguntas a nuestro personal de facturación y de enfermería

Asegúrese de incluir el nombre del paciente _____, Fecha de nacimiento : _____
(Su nombre y relación si usted no es el paciente)
(mensaje completo que incluya la farmacia preferida para la reposición de medicamentos)

Cuando programe una cita en nuestro Portal del Paciente, por favor especifique todas las razones de la visita con el fin de permitir la asignación adecuada de tiempo para su visita (examen físico anual, el seguimiento de los resultados de laboratorio y pruebas externas, necesitamos formularios de seguros completados, etc ...)

Si usted tiene una **NECESIDAD URGENTE**, por favor llame a nuestra oficina al (956) 972-1600.

Por favor, firme el consentimiento de correo electrónico a continuación si desea comunicarse a través del Portal del Paciente. Usted debe proporcionar un correo electrónico para que se active su cuenta de Portal del Paciente en línea para ser activado. Si usted cambia su cuenta de correo electrónico o desea dejar de utilizar este servicio, debe notificarnos por escrito de los cambios y la fecha efectiva. **Un formulario y un correo electrónico separados deben ser firmados para cada miembro de la familia.**

Yo, _____, doy mi consentimiento para comunicarme a través del Portal del Paciente en Línea.
(nombre en letra de molde)

Correo electrónico: _____

Firma

Fecha