

**CONSENTIMIENTO DE CORREO ELECTRONICO**  
**GUILLERMO KÖHN MD, LLC**

Nombre del Paciente \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Fecha de hoy \_\_\_\_\_

Dirección de Correo Electrónico \_\_\_\_\_ Número de teléfono \_\_\_\_\_

El LLC y sus empleados deben de ser referidos a lo largo de este consentimiento  
como "Proveedor".

**1. Riesgo de la utilización de correo electrónico para comunicarse con su proveedor:**

El proveedor ofrece a los pacientes la oportunidad de comunicarse por correo electrónico. La transmisión de información del paciente por correo electrónico tiene numerosos riesgos que el paciente debe considerar antes de iniciar una comunicación de correo electrónico. Estos son algunos de los riesgos:

- a. Correos electrónicos pueden circular y ser almacenados en numerosos papeles y archivos electrónicos.
- b. Correos electrónicos puede ser inmediatamente emitidos por todo el mundo y ser recibidos por destinatarios no deseados.
- c. Remitentes de correo electrónico pueden fácilmente ingresar una dirección de email incorrecta.
- d. Correos electrónicos facilitan el falsificar documentos escritos a mano o documentos firmados.
- e. Pueden existir copias de seguridad de los documentos incluso después que el remitente o destinatario haya eliminado su copia.
- f. Los empleadores y servicios de internet tienen derecho de archivar e inspeccionar correos electrónicos transmitidos a través de su sistema.
- g. Correos Electrónicos pueden ser interceptados, alterados, o utilizados sin autorización o sin ser detectados.
- h. Correos Electrónicos pueden ser utilizados para introducir virus en el sistema computarizado.
- i. Correos Electrónicos puede ser utilizado como prueba en los Tribunales de Corte.

**CONSENTIMIENTO DE CORREO ELECTRONICO**  
**GUILLERMO KÖHN MD, LLC**

Nombre del Paciente \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

**2. Condiciones para el uso de Correo Electrónico:**

El Proveedor debe proteger razonablemente la seguridad y confidencialidad de la información del correo electrónico enviado y recibido. No obstante, debido a los riesgos descritos anteriormente, el proveedor no puede garantizar la seguridad y confidencialidad de la comunicación del correo electrónico y no es responsable por divulgación inapropiada de información confidencial que no fue causada por mala conducta intencional del proveedor. Así que, los pacientes deben dar consentimiento del uso de correo electrónico para enviar información del paciente. Consentimiento para usar correo electrónico incluye estar de acuerdo con las siguientes condiciones.

- a. Correos Electrónicos enviados por paciente o al paciente sobre diagnósticos o tratamiento será impreso y archivado en el expediente médico del paciente ya que son parte del expediente, y de esa manera otras personas autorizadas pueden obtener acceso a los correos.
- b. El proveedor puede re-enviar correos electrónicos internamente al personal y agente necesario para el diagnóstico, tratamiento, reembolso, u otros manejos. El Proveedor, sin embargo, no re-enviara correos electrónicos a independientes o terceras personas sin el previo consentimiento por escrito del paciente, excepto si es autorizado o requerido por la ley.
- c. El paciente es responsable de proteger su contraseña u otros medios de acceso al correo electrónico. El Proveedor no es responsable por infracciones de confidencialidad causadas por el paciente o terceras personas.
- d. El proveedor no deberá de participar de ninguna comunicación de índole ilegal, tal como practicar ilegalmente la medicina fuera del área del estado.
- e. Es la responsabilidad del paciente dar seguimiento o programar una cita.

**3. Responsabilidades e Instrucciones del Paciente:**

Al comunicarse por correo electrónico el paciente deberá:

- a. Limitar o evitar el uso de la computadora de su empleo.
- b. Informar al proveedor de cambios en su dirección de correo electrónico.
- c. Confirmar que ha recibido y leído el correo electrónico del proveedor.
- d. Escribir el nombre del paciente en el cuerpo del correo electrónico.
- e. Incluir la categoría de la comunicación en la línea del tema, para propósitos de enrutamiento (ej. facturación , preguntas, etc.).
- f. Tomar precauciones para mantener la confidencialidad del correo electrónico, tales como protección de la pantalla y protección de contraseña.
- g. Retirar consentimiento solamente por correo electrónico u otra comunicación por escrito al proveedor.

**CONSENTIMIENTO DE CORREO ELECTRONICO**  
**GUILLERMO KÖHN MD, LLC**

Nombre del Paciente \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

**4. Terminación de la relación del correo electrónico**

El proveedor deberá tener el derecho a terminar inmediatamente la relación de correo electrónico si es determinado a la discreción del proveedor, que han violado los términos y condiciones establecidas previamente o han violado este acuerdo, o si han adoptado un comportamiento inaceptable por el proveedor.

**ACUERDO Y RECONOCIMIENTO DEL PACIENTE**

Yo he analizado con el Proveedor o su representante y doy consentimiento que he leído y entendido esta forma de consentimiento de Correo Electrónico. Entiendo los riesgos asociados con la comunicación de correo electrónico entre el proveedor y mi persona, y doy consentimiento a las condiciones en este documento. Estoy de acuerdo a las instrucciones expuestas en este documento, al igual que cualquier otra instrucción que mi Proveedor pueda imponer para comunicarse con pacientes por correo electrónico.

Cualquier pregunta que tenía ya fueron contestadas.

Nombre del Paciente \_\_\_\_\_ (Letra de Imprenta)

Firma del Paciente \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**EXIMIR DE RESPONSABILIDAD**

Estoy de acuerdo en indemnizar y eximir de responsabilidad el proveedor y sus administradores, agentes, directores, empleados, proveedores de información y diseñadores y mantenedores de sitios web, contra todas las pérdidas, gastos, daños y costos, incluyendo honorarios razonables de abogados, relacionados con o derivados a cualquier pérdida de información debido a fallo técnico, mi uso del internet para comunicarme con el Proveedor y/o cualquier incumplimiento de estas restricciones y condiciones.

Nombre del Paciente \_\_\_\_\_ (Letra de imprenta)

Firma del Paciente \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_