



2308 Perimeter Park Drive Suite 100 Atlanta, GA 30341

AtlantaPsychological.com

770.457.5577 770.457.5599

Marque uno:

rev 1-7-20

- J. Todd George, PsyD Andrew Gothard, PsyD
 Carolyn Johnson, PhD Yoshitaro Oba, PhD
 Jessenia Rodriguez, PsyD Angela Stewart, PhD

CONSENTIMIENTO PARA CORRESPONDER ELECTRONICAMENTE

Nombre del Cliente: _____

Mientras los médicos en Atlanta Psychological Services toman precauciones razonables para proteger su información confidencial, entiendo que el correo electrónico y otras fuentes de comunicación electrónicas no son métodos completamente seguros de comunicación.

Yo entiendo que en la mayoría de las circunstancias, la comunicación electrónica no es una forma nueva de comunicar información sobre los cuidados o de comunicar las necesidades de emergencia. Además, entiendo que debo de hablar con mi medico directamente con respecto a toda la información importante referente a mi tratamiento (o de mi hijo). Aunque mi medico tratara de responder de manera oportuna, entiendo que si yo(o mi hijo) estamos experimentando una situación de emergencia y la necesidad de ponerse en contacto con alguien inmediatamente para que me ayude, a continuación, voy a llamar a cualquiera de los números de emergencia que se enumeran en el formulario de consentimiento para el tratamiento.

Yo reconozco que tengo la opción de que mi médico o personal incluya información de identificación cuando me envíe un correo electrónico, y le doy permiso a mi médico y/o personal de Atlanta Psychological Services para comunicarse conmigo por correo electrónico, incluyendo la información de identificación e información protegida de salud.

Yo reconozco que si uso el correo electrónico para iniciar el contacto con mi médico en relación con mi atención (o la atención de mi hijo), el médico y/o el personal de Atlanta Psychological Services, tienen mi permiso para corresponder a esa dirección de correo electrónico u otras formas de comunicaciones electrónicas.

_____ (marque esta casilla si desea) Yo entiendo que mi medico siempre me enviará un correo electrónico mediante un correo electrónico cifrado. Pero al marcar esta casilla, yo permito que mi médico o personal me envíen correos electrónicos con información de identificación y información protegida de salud sin usar un cifrado secundario si mi proveedor de correo electrónico NO me permite recibir correos electrónicos cifrados.

_____ (marque esta casilla si desea) Cuando he permitido que mi médico divulgue información a un tercero, le doy permiso a mi médico para enviarle información por correo electrónico, entendiendo que mi médico lo hará con correo electrónico cifrado.

Cientes Adultos:

Firma del Cliente: _____ Fecha: _____

Cientes Menores:

Firma del Padre/Tutor Responsable: _____ Fecha: _____