



# Boston Children's Health Physicians

Until every child is well™

formerly CWPW

Estimado \_\_\_\_\_:

El correo electrónico es una manera fácil y conveniente para comunicarnos pero no es lo mismo que llamar a la oficina de su médico. Usted no puede saber cuando será leído o respondido su mensaje, o incluso si su médico está disponible o ha salido de vacaciones. Boston Children's Health Physicians, LLP ("BCHP") se comunicará con los pacientes (o con los padres o tutores) por correo electrónico únicamente si recibimos su acuerdo aceptando los términos que se establecen en este Consentimiento. Su consentimiento a estos términos se aplicará a todos los proveedores clínicos de BCHP, al igual que el personal no clínico de BCHP, que participe en su cuidado médico, la facturación y otras actividades. La decisión en cuanto a comunicarse con usted, en español, por correo electrónico es a discreción de su médico.

- **¡El correo electrónico nunca es apropiado para urgencias o problemas de salud de emergencia!** En esos casos debe llamar a la oficina del médico o ir a servicios de urgencias del hospital.
- **BCHP NO ENVIARÁ Y NO RESPONDERÁ A MENSAJES DE TEXTO ENVIADOS POR TELÉFONO CELULAR O POR UN DISPOSITIVO MÓVIL SIMILAR.**
- El correo electrónico no deberá ser utilizado en vez de la consulta médica en persona con su médico y la comunicación por correo electrónico es a discreción exclusiva de su médico.
- El correo electrónico es apropiado para comunicar asuntos de rutina que no requieran consulta extensa; tales como solicitar que le vuelvan a surtir su receta médica, la remisión a otro médico, el solicitar una cita médica y hacer preguntas acerca de la facturación o el seguro médico. BCHP podrá, a su discreción, utilizar el correo electrónico para enviarle información sobre nuestro consultorio médico y otros servicios, incluyendo recordatorios de citas, nuestros programas para pacientes y nuevos servicios.
- La comunicación por correo electrónico no es confidencial y puede ser no codificada. Es como enviar una postal por correo. Nuestro personal (clínico y no clínico) puede leer sus correos electrónicos en el desempeño de sus obligaciones de trabajo. Puede ser que su empleador tenga legal derecho a leer sus correos si usted los envía por medio de una cuenta de correo electrónico de su trabajo.
- El correo electrónico nunca debe ser usado para comunicar información médica de carácter delicado relacionada con enfermedades de transmisión sexual, SIDA/VIH, la salud mental, la discapacidad del desarrollo o el abuso de sustancias.
- El correo electrónico puede llegar a ser parte del historial médico cuando contiene información clínica, y creemos que es apropiado incluirlo en el historial clínico. En tal caso, el mensaje puede ser retenido en el historial de salud del paciente.
- Al firmar abajo usted le indica a BCHP que (a) usted es el paciente, el padre o tutor del menor de edad carente de capacidad de consentimiento para su tratamiento cuyo nombre aparece más abajo; (b) usted es el usuario autorizado de la cuenta de correo electrónico que aparece más abajo, (c) usted tiene la autoridad para darnos su consentimiento para que utilicemos las comunicaciones concernientes al paciente; y (d) usted acepta la plena responsabilidad por supervisar la seguridad de su utilización por su parte. Por este medio, usted está acordando que BCHP no tiene ninguna responsabilidad para utilizar cualquier tipo de medida para verificar que el remitente o el receptor que usa su dirección de correo electrónico es usted.
- Cualquiera de las partes puede revocar el permiso para utilizar el sistema de correo electrónico, por escrito, en cualquier momento.
- Este acuerdo para el correo electrónico cubre ÚNICAMENTE al individuo que firma a continuación. Cada representante autorizado del paciente deberá firmar su propio consentimiento para la comunicación por correo electrónico.

Deseo comunicarme por correo electrónico con BCHP en lo que concierne al paciente cuyo nombre aparece más abajo de acuerdo con los términos de este Consentimiento.

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Firma del  
paciente o tutor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

La dirección de su correo electrónico: \_\_\_\_\_ El estado en donde usted reside: \_\_\_\_\_