



Consent to Communication



UnityPoint Health

El propósito de este formulario es de obtener instrucciones de usted (el paciente) acerca de cómo UnityPoint Health, sus afiliados incluidos en la lista de nuestro aviso de privacidad y prácticas, y nuestros asociados de negocios (colectivamente "UPH") se comuniquen con usted y acerca de usted en las maneras que usted prefiera.

Información del paciente

Fecha de solicitud: _____/_____/_____

Nombre del paciente: _____

Fecha de Nacimiento: ____/_____/_____

Dirección del paciente: _____
Ciudad Estado Código Postal

SECCIÓN 1: Métodos estándares para comunicarse conmigo (el paciente)

Información detallada acerca de mi condición de salud y tratamiento médico puede ser proporcionada o enviada vía:

El correo de voz de mi celular	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Mi teléfono celular es:
Mensajes de texto (incluyendo SMS estándar) (Cargos de mensaje y tarifas de data estándar puede que apliquen)	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	
El correo de voz de mi casa	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Mi teléfono de la casa es:
El correo de voz del trabajo	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Mi teléfono del trabajo es:
Mi correo electrónico	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Mi correo electrónico es:
Otras comunicaciones electrónicas (ej., página web- o aplicaciones móviles, dispositivos digitales conectados al internet)	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	n/a

TELÉFONO, CORREO ELECTRÓNICO, Y OTRAS COMUNICACIONES ELECTRÓNICAS: Yo doy consentimiento a UPH y a sus afiliados de usar cualquiera de mis números telefónicos (incluyendo celulares/ números inalámbricos), correos electrónicos, y otras comunicaciones electrónicas que yo proporcioné a UPH para citas, remisiones médicas, tratamiento, facturación, cobranza de deudas, y otros fines relacionados a mi cuidado. Esto incluye llamadas automáticas, mensajes de voz pregrabados o de voz artificial, y todas las otras llamadas, mensajes de texto, correos electrónicos, y otras comunicaciones electrónicas. Si dejo de usar cualquiera de mis números proporcionados, yo notificaré prontamente a UPH y voy a mantener a UPH y sus afiliados indemnes de cualquier gasto u otra pérdida que surja debido a cualquiera de mis faltas de notificarles. Yo entiendo que los mensajes de texto estándares, correos electrónicos no encriptados, y otras comunicaciones electrónicas que yo envíe y reciba de UPH pueden circular a través de redes que no están aseguradas y puede que sean un riesgo para exponer mi información de salud médica (por ejemplo, el mensaje podría ser interceptado y visto por un tercero no autorizado). Además, una vez que el texto, correo electrónico, u otra comunicación electrónica sea recibida por mí, alguien podría tener acceso a mi teléfono, aplicaciones, dispositivos digitales, o cuentas de correo electrónico y leer el mensaje. Yo entiendo que es mi responsabilidad el asegurarme de que solamente la gente autorizada sea permitida a tener acceso a mi correo electrónico, mensajes telefónicos, teléfono celular, y dispositivos digitales. Yo entiendo estos riesgos y doy consentimiento a UPH de comunicarse conmigo vía teléfono celular/inalámbrico, correo electrónico sin encriptar, y otras comunicaciones electrónicas.

CONSENT TO COMMUNICATION

Page 1 of 2

CON-014-001S (01/22)

PATIENT LABEL

SECCIÓN 2: Comunicaciones a miembros de la familia y otros individuos involucrados en mi cuidado médico

EXPLICACIÓN: UPH y sus afiliados pueden comunicarse con los miembros de su familia y amigos involucrados en su cuidado médico o en el pago de su cuidado. El propósito de esta sección es para que usted identifique a aquellos individuos con quien quiere que UPH y sus afiliados se comuniquen acerca de usted. Además de aquellos individuos que incluya en la lista de abajo, UPH y sus afiliados pueden también comunicarse con otros individuos que en su juicio profesional determinen que están involucrados en su cuidado o pago y el comunicarse con tales individuos sería en su mejor interés. Nota: Al designar a cualquier individuo listado abajo, no le provee a tal individuo ninguna autoridad sobre ningún tratamiento ni decisiones del cuidado médico. Si usted desea designar a un representante de cuidado médico a través de un Poder Notarial Duradero para el Cuidado de la Salud, o si usted desea establecer un testamento en vida, por favor discuta esto con su médico de atención primaria o su abogado.

Yo doy mi permiso a UPH y a sus afiliados para que comuniquen información acerca de mi cuidado médico a la persona(s) listadas abajo. **(Nota: Si el paciente es menor de edad, la información será proporcionada a ambos padres a menos de que hacerlo sea considerado inapropiado en conformidad con la ley estatal u orden de la corte.)**

Nombre 1: _____	Relación _____	Número telefónico _____
Nombre 2: _____	Relación _____	Número telefónico _____
Nombre 3: _____	Relación _____	Número telefónico _____

Yo entiendo que es mi responsabilidad el actualizar la información de arriba si quiero que sea alterada. Si individuos aparte de usted reciben su información de salud enviada por las maneras permitidas en este formulario, ellos pueden compartirla con otros y las leyes de privacidad estatales y federales no la protegerán.

Yo entiendo que la información acerca de la salud mental, tratamiento de abuso de sustancias y/o información de VIH no puede ser divulgada por medio de este formulario y que una autorización de divulgación de información del paciente que cumpla con HIPAA debe de ser completada para divulgar cualquier información de salud mental, tratamiento de abuso de sustancias, y/o información de VIH.

Al firmar a continuación, yo entiendo y doy consentimiento a UPH para comunicarse conmigo y con otros como se describe arriba. Esto puede incluir comunicaciones vía mensajes de texto estándar de SMS, correos electrónicos y otras comunicaciones electrónicas acerca de varios aspectos de mi condición médica, y tratamiento, lo cual puede incluir, pero no se limita a, resultados de pruebas, recetas de medicinas, citas, facturas, pagos, remisiones médicas, evaluaciones para alguna condición, monitoreo de mi condición, y operaciones generales del cuidado de la salud. Yo entiendo que los mensajes de texto estándar de SMS, correo electrónico, y otras comunicaciones electrónicas no son métodos confidenciales o seguros de comunicación. Además, yo entiendo que, debido a estos métodos, existe un riesgo a que los mensajes de texto estándar de SMS, correo electrónico, y otras comunicaciones electrónicas relacionadas a mi condición médica y tratamiento incluyendo mi información de salud personal podrían ser interceptados, leídos por terceros, y/o usados para propósitos inapropiados.

Este formulario estará en vigencia hasta que sea revocado, pero me podrían pedir confirmar la información con una firma y fecha nueva anualmente. Cualquier revisión o revocación debe hacerse por escrito por medio de completar un formulario nuevo incluyendo su firma y fecha en que lo firmó.

Firma del paciente o guardián legal _____ Fecha ____/____/____

Relación (si no es el paciente) _____

CONSENT TO COMMUNICATION

Page 2 of 2

CON-014-001S (01/22)

PATIENT LABEL