

Autorización para la Comunicación de la Información de Salud Protegida a Través de Correo Electrónico

(Opcional)

Por la presente autorizo Utah Hematología Oncología (OMU) para transmitir a mi información protegida de salud (PHI) y otro tipo de comunicación a través de correo electrónico (e-mail), sujeto a las limitaciones de la facturación del OMU, historia clínica electrónica (HCE / EMR) y otros sistemas. Esto puede incluir declaraciones, recordatorios de citas, resultados de exámenes, las respuestas de mensajes, etc. Acepto cualquier y toda responsabilidad de salvaguardar esa información una vez enviado a la dirección de correo electrónico (es) se indica a continuación. Reconozco además que, al hacerlo, las personas no incluidas en la lista de personas a las que he autorizado UHO para liberar mi PHI, por tanto, puede tener acceso a esa información. Además reconozco que la liberación de dicha información es a la sola discreción del OMU.

Paciente / Nombre Representante Personal (en letra de imprenta)

Paciente / Representante Personal Firma Fecha

Dirección de correo electrónico preferido (s)

Por favor, complete esta página y volver a la recepcionista.

Recibido y entró Fecha