****

**ACEPTACION DE COMUNICACIÓN POR CORREO ELECTRONICO**

**Las comunicaciones a través de Internet o de sistemas de correos electrónicos no están codificadas y son intrínsecamente inseguros. No hay garantía de confidencialidad de la información cuando se utiliza esta forma de comunicación.** Sin embargo, usted puede solicitar que nos comuniquemos con usted por correo electrónico. Para ello debe completar este formulario.

Tenga en cuenta que:

Esta solicitud sirve para comunicarse con la oficina de Pediatric Ophthalmology Consultants incluyendo Pediatric Plus Optical DBA OPTIWOW o con el Dr Roberto Warman, eyes4kids o optiwow.com.

Pediatric Ophthalmology Consultants no comunicara información de salud. que está especialmente protegida por las leyes estatales y federales (por ejemplo, el VIH/SIDA, abuso de sustancias, información de salud mental) a través de correo electrónico incluso si estamos de acuerdo en comunicarnos con usted por correo electrónico.

Por favor especifique la dirección(s) de correo electrónico a donde las comunicaciones deberán dirigirse

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Por favor inicialice cada frase:

\_\_\_\_ Certifico que la dirección de correo electrónico proporcionada en esta solicitud es correcta, y acepto plena responsabilidad de los mensajes enviados desde o hacia mi dirección.

\_\_\_\_ Entiendo y reconozco que las comunicaciones a través de internet o correo electrónico no están codificadas y son inherentemente inseguras, que no hay ninguna garantía de confidencialidad de la información cuando se comunica de esta manera.

\_\_\_\_ Entiendo que todas las comunicaciones por correo electrónico en el que me comprometo podrán ser cedidos a otros proveedores, incluidos los proveedores no asociados con Pediatric Ophthalmology Consultants, a efectos de proporcionar tratamiento para mi o para mi hijo(a).

\_\_\_\_ Me comprometo a conservar a Pediatric Ophthalmology Consultants, Pediatric Plus Optical y los individuos asociados con ella de cualquier y todos los reclamos y las responsabilidades derivadas de o relacionadas con esta solicitud para comunicarse por correo electrónico.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del Paciente o Representante Legal Fecha

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre del Paciente o Representante Legal