



ACEPTACION DE COMUNICACIÓN POR CORREO ELECTRONICO

Las comunicaciones a través de Internet , 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, 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