



Formulario de reconocimiento de HIPAA para la transmisión por correo electrónico de Información de salud protegida o “Protected Health Information” (PHI)

Al firmar a continuación, reconozco que está dentro de mis derechos recibir información médica protegida (“Protected Health Information” (PHI)) por correo electrónico personal, por fax o por el portal del paciente de cualquier entidad dentro de Rocky Mountain Healthcare Companies. Si elijo un correo electrónico personal o una ubicación de fax no segura para recibir cualquiera o todos mis registros solicitados, entiendo que estos métodos son menos seguros que otros medios de correo electrónico cifrado, o nuestro sistema oficial de recuperación de registros, ShareCare®.

Las formas de transmisión menos seguras, incluido el correo electrónico personal, tienen un mayor riesgo de ser interceptados y vistos por destinatarios involuntarios. Por la presente reconozco este riesgo al firmar a continuación, y he agregado la dirección de correo electrónico específica a mi formulario de registro de paciente, especificando los tipos de información que solicito recibir de esta manera.

---

Imprima Nombre

---

Fecha

---

Firma