

## CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA USAR EL PORTAL- PERSONAL DE SALUD DEL PACIENTE

Northern Family Medicine está ofreciendo, como cortesía a nuestros pacientes, una herramienta de comunicación segura y que esta en conformidad a la ley de HIPAA (la ley de portabilidad y responsabilidad de seguros de salud – por sus siglas o iniciales en Ingles). Este servicio es opcional y nosotros reservamos el derecho de suspender, modificar o cancelar dicho servicio en cualquier momento que veamos que sea necesario. Nosotros le avisaremos a usted tan pronto que sea posible, de cualquier cambio que decidamos hacer. Este formulario tiene el propósito de informarle a usted de los hechos y riesgos relacionados con el uso del portal personal de salud del paciente mediante el internet. Al firmar abajo, usted afirma que usted ha leído, entiende y esta de acuerdo con nuestros procedimientos y pautas para el uso del portal personal de salud del paciente y que usted va cumplir con dichos procedimientos y pautas. Adicionalmente, al firmar este formulario, usted afirma que usted está de acuerdo en no rendirle cuentas a Northern Family Medicine ni a ninguno de los empleados de dicho grupo por infracciones que podrían ocurrir en la red que estén fuera de su control.

Mediante este portal, usted podrá:

- Actualizar su historia médica, las demografías, la información de su seguro, sus medicamentos
- Revisar o solicitar citas
- Recibir recordatorios de la clínica y recordatorios de citas programadas
- Recibir los resultados de sus exámenes y o pruebas
- Revisar su historia médica
- Hacer preguntas en cuanto a sus facturas
- Enviar mensajes que no sean urgentes

### PRIVACIDAD Y SEGURIDAD

El portal personal de salud del internet o la página web tiene una conexión segura mediante un túnel con la cual se puede conectar con nuestra clínica y que un usa cifrado (encriptación) la cual evita que entren personas a su cuenta a menos que usted les de su autorización. De esta manera, nadie podrá tener acceso y leer la información sobre su salud ni podrán ver las comunicaciones que usted tenga con nosotros. Para ayudarnos asegurar que te túnel permanece segura, necesitamos tener su dirección (privado) de correo electrónico y usted necesitará mantenernos al día con cualquier cambio que usted haga a dicha dirección. Usted necesitará mantener su ID de usuario (Identificación de usuario) de su portal personal y su contraseña seguro para que solo usted o alguien autorizado por usted pueda obtener acceso a su información. Si usted cree que alguien ha aprendido su contraseña, vaya inmediatamente al sitio portal personal de salud y cambie su contraseña.

La dirección de su correo electrónico es confidencial y debe ser información protegida. Con nuestros mejores esfuerzos, protegeremos dicha información cada vez que utilicemos su información personal, médica y farmacéutica. Nosotros nunca vamos a compartir intencionalmente esta información con cualquier tercero.

Cualquier acceso a nuestra red interna y a los registros médicos electrónicos (EMR por sus siglas o iniciales en ingles) está protegido por contraseñas. Los miembros de nuestro personal han recibido instrucciones de cerrar la sesión cada vez que no estén físicamente presente en su estación de trabajo. Adicionalmente, para cumplir con la ley y regulaciones de HIPAA, nuestro EMR automáticamente cierra la sesión cuando esta inactivo después de cierto periodo de tiempo.

Si usted tiene alguna emergencia o si es necesario comunicarse con alguien urgentemente, llame al 911 o llame a nuestra oficina al 336-786-4133. Le regresaremos su llamada dentro de 3 días de negocio (lunes a viernes) si dicha llamada no es un emergencia. Todas las comunicaciones estarán incluidas en su expediente médico.

NORTHERN FAMILY MEDICINE no diagnosticará ni hará decisiones médicas mediante el correo electrónico. Si usted esta enfermo o tiene algún problema, por favor, llame al (336) 786-4133.

Correo Electrónico (Por favor, escriba en letra de molde): \_\_\_\_\_

Nombre del paciente (Por favor, escriba en letra de molde): \_\_\_\_\_ Fecha de nacimient: \_\_\_\_\_

Firma del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del tutor (si el paciente es menor de 18 años): \_\_\_\_\_

280 North Pointe Blvd.  
Mt. Airy, NC 27030

Número de Fax:(336) 786-4338      Número de teléfono:(336) 786-4133



FM02SPA ICTUPPS080715