



## Salud y Bienestar del Condado de San Luis Obispo Consentimiento Para la Comunicación Por Correo Electrónico

Nombre del Paciente \_\_\_\_\_ N.º de ID del Paciente  
\_\_\_\_\_

**Por este medio, acepto recibir correos electrónicos del Condado de San Luis Obispo y sus proveedores contratados de salud mental y proveedores especializados en trastornos por consumo de sustancias para cualquier propósito relacionado con mi tratamiento, la coordinación de mi atención o el reembolso por mi atención, de acuerdo con los términos de este formulario de consentimiento. Reconozco y entiendo que:**

- Si mi dirección de correo electrónico cambia, debo avisar al Condado de San Luis Obispo tan pronto como sea posible. Entiendo que, si no aviso al Condado de San Luis Obispo, los proveedores pueden continuar enviando correos electrónicos a mi dirección anterior según este consentimiento, lo que puede tener como consecuencia una vulneración de la confidencialidad.
- Cuando uso mi dispositivo electrónico personal, el Condado de San Luis Obispo no tiene ningún control ni autoridad sobre la protección de mi información médica que pueda estar almacenada en mi dispositivo. Entiendo que la información almacenada en mi dispositivo puede estar en riesgo, por ejemplo, si se pierde o me lo roban.
- El correo electrónico no es apropiado para situaciones urgentes o de emergencia. Los proveedores no pueden asegurarse de leer o responder un mensaje en particular en un período de tiempo específico.
- El correo electrónico no es inherentemente seguro y puede ser interceptado por un tercero. Los proveedores usarán medios razonables para mantener la seguridad y la confidencialidad de la información que se envía y recibe por medio de correo electrónico. Los proveedores y el Condado de San Luis Obispo no son responsables de ninguna vulneración de la confidencialidad causada por el paciente o un tercero.
- Los mensajes de correo electrónico que envíen se tratarán como información confidencial y pueden incluirse en mi expediente médico.
- Dependiendo del servicio que use para los correos electrónicos, es posible que los mensajes enviados no estén encriptados y, por lo tanto, podrían ser potencialmente interceptados por otras personas, y acepto ese riesgo al enviar correos electrónicos.
- No tengo la obligación de comunicarme con el Condado de San Luis Obispo o mis proveedores por correo electrónico, y si tengo alguna preocupación sobre comunicarme por correo electrónico, no debo hacerlo.



Salud y Bienestar del Condado de San Luis Obispo  
Consentimiento Para la Comunicación Por Correo Electrónico

Nombre del Paciente \_\_\_\_\_ N.º de ID del Paciente  
\_\_\_\_\_

Fecha de Inicio: \_\_\_\_\_ Fecha de Finalización \_\_\_\_\_

Firma del Paciente \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Firma del Padre/Madre/Tutor \_\_\_\_\_

Relación \_\_\_\_\_

Firma del Personal \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_