



## Consentimiento para Comunicaciones Electrónicas Financieras

### Divulgación de Consentimiento para Comunicación por Correo Electrónico:

Este formulario tiene como propósito obtener su autorización para que Growing Smiles Odontología Pediátrica se comunique con usted por correo electrónico con respecto a su Información de Salud Protegida (PHI, por sus siglas en inglés) y/o la de sus hijos, así como información financiera.

Growing Smiles Odontología Pediátrica ofrece a los pacientes la opción de comunicarse por correo electrónico como un medio conveniente para compartir información. Sin embargo, la transmisión electrónica de PHI y información financiera por correo electrónico conlleva ciertos riesgos inherentes, incluyendo la posibilidad de acceso no autorizado, interceptación o divulgación de información confidencial.

Aunque Growing Smiles Odontología Pediátrica tomará medidas razonables para mantener la seguridad y confidencialidad de la información transmitida por correo electrónico, no puede garantizar la seguridad absoluta de dichas comunicaciones. Al firmar este formulario, usted reconoce y acepta estos riesgos. Growing Smiles Odontología Pediátrica no asume ninguna responsabilidad por la divulgación no intencional o inadvertida de información confidencial que pueda ocurrir a pesar de las medidas razonables de protección.

**Reconozco que he leído y entiendo completamente este formulario de consentimiento. Iniciales: \_\_\_\_\_**

Doy mi consentimiento para recibir correos electrónicos relacionados con información financiera **Si: \_\_\_\_\_ No: \_\_\_\_\_**

Correo electrónico autorizado: \_\_\_\_\_

### Divulgación de Consentimiento para Comunicación por Mensajes de Texto:

Este formulario tiene como propósito obtener su autorización para que Growing Smiles Odontología Pediátrica se comunique con usted mediante mensajes de texto en su teléfono móvil con respecto a su Información de Salud Protegida (PHI) y/o información financiera, así como la de sus hijos.

Growing Smiles Odontología Pediátrica ofrece a los pacientes la opción de recibir información a través de mensajes de texto para mayor conveniencia y comunicación oportuna. Sin embargo, la transmisión de PHI e información financiera mediante mensajes de texto implica ciertos riesgos, incluyendo la posibilidad de acceso no autorizado, interceptación o divulgación de información confidencial.

Aunque Growing Smiles Odontología Pediátrica tomará medidas razonables para proteger la privacidad y seguridad de las comunicaciones por mensajes de texto, no puede garantizar la confidencialidad absoluta de la información enviada o recibida por este medio. Al otorgar su consentimiento, usted reconoce y acepta estos riesgos. Growing Smiles Odontología Pediátrica no se hace responsable por ninguna divulgación no intencional o inadvertida de información confidencial que pueda ocurrir a pesar de los esfuerzos razonables para protegerla.

**Reconozco que he leído y entiendo completamente este formulario de consentimiento. Iniciales: \_\_\_\_\_**

Doy mi consentimiento para recibir mensajes de texto relacionados con información financiera **Si: \_\_\_\_\_ No: \_\_\_\_\_**

Número de teléfono móvil autorizado para mensajes de texto: \_\_\_\_\_

**Entiendo que este consentimiento permanecerá válido y en vigor hasta que sea revocado por mí por escrito.**

**Paciente(s): \_\_\_\_\_**

**Nombre en letra de molde: \_\_\_\_\_**

**Firma: \_\_\_\_\_**

**Fecha: \_\_\_\_\_**