

Formulario de Consentimiento Portal para el Paciente

El acceso a este portal seguro para el paciente es un servicio opcional . Se podrá suspender o cancelar en cualquier momento y por cualquier motivo. Entiendo que mi acceso a este portal no afectará el nivel actual de la atención que ya estoy recibiendo en Mt. Pleasant Family Practice. Reconozco que he leído y entiendo completamente esta forma. Se me han dado los riesgos y beneficios del portal de paciente y estoy de acuerdo en que yo entiendo los riesgos asociados con las comunicaciones en línea de este documento. Reconozco que el uso del portal de paciente es totalmente voluntario y no afectará la calidad de atención que recibo en Mt. Pleasant Family Practice. Además, estoy de acuerdo a que se adhieran a las pólizas establecidas en este documento. Así como cualquiera otras instrucciones o directrices que mi médico puede imponer para las comunicaciones en línea. Entiendo que este acuerdo se mantendrá vigente durante 12 meses. Al final de ese tiempo, voy a tener que renovar mi correo electrónico confidencial y registro portal del paciente. También es mi responsabilidad informar a Mt. Pleasant Family Practice si hay un cambio en mi cuenta de correo electrónico o si siento que mi contraseña segura ha sido violada. Estoy de acuerdo en no culpar a Mt. Pleasant Family Practice o cualquiera de sus funcionarios responsables de las infracciones de la red fuera de su control.

Al firmar este document, su firma en este formulario es la aceptación de la póliza y procedimientos para nuestro portal de paciente.

Por favor escriba toda la informacion de manera clara.

Nombre Completo: _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección de correo electrónico confidencial: _____

Firma: _____ Fecha: _____