

FORMULARIO DE ACUSE DE RECIBO POR CORREO ELECTRÓNICO DE TELESALUD

El beneficiario/cliente o parte responsable** reconoce/autoriza a los proveedores operados por el condado de Orange Agencia de Cuidado de Salud (OCHCA) Servicios de Salud Conductual (BHS) Plan de Salud Mental (MHP) y Trastorno Por Uso de Sustancias (SUD)/ Drug Medi-Cal Organized Delivery System (DMC-ODS) en:

_____ (Nombre del Programa)

por las siguientes razones:

- Programar citas de Telesalud
- Envío de recordatorios de citas de Telesalud

El beneficiario/cliente firmante entiende lo siguiente:

1. El correo electrónico nunca debe utilizarse para fines de emergencia. El sistema de correo electrónico no tiene un servicio de monitoreo las 24 horas, ni el sistema puede garantizar la entrega de mensajes de correo electrónico de manera oportuna. Si tiene una emergencia psiquiátrica, llame al Equipo de Evaluación de Crisis (CAT) al 866.830.6011. Si se trata de una emergencia que pone en peligro la vida, llame al 911 o vaya al departamento de emergencias del hospital más cercano
2. Reconocer/autorizar el uso del correo electrónico es a petición del beneficiario/cliente.
3. El correo electrónico nunca se utilizará con fines de diagnóstico o tratamiento y las solicitudes para ser evaluadas o tratadas a través de correo electrónico no serán respetadas.
4. El correo electrónico no es un sistema de mensajería instantánea. Entiendo que NO recibiré una respuesta si envié un correo electrónico.
5. Al firmar este acuse de recibo, acepto permitir que los proveedores operados por OCHCA BHS MHP y SUD/DMC-ODS me envíen información de citas de Telesalud por correo electrónico.
6. La capacidad de usar el correo electrónico puede ser rescindida por mí o por mi OCHCA BHS MHP y el Proveedor Operado del Condado de SUD/DMC-ODS en cualquier momento si yo o mi OCHCA BHS MHP y SUD/DMC-ODS creen que el correo electrónico no es el medio de comunicación más apropiado para mí.
7. Cualquier uso no autorizado del correo electrónico debe ser reportado a mi OCHCA BHS MHP y al Proveedor Operador del Condado de SUD/DMC-ODS tan pronto como sea posible.
8. Aunque OCHCA no enviará ninguna información confidencial por correo electrónico, existe el riesgo de que un correo electrónico destinado a mí pueda enviarse inadvertidamente a la dirección de correo electrónico incorrecta. Entiendo este riesgo.

He leído este documento detenidamente y entiendo la información anterior. Al firmar a continuación, reconozco y autorizo el uso del correo electrónico para los fines descritos anteriormente.

_____	_____	_____	_____
Nombre y Apellido del Beneficiario/Cliente	Firma del Beneficiario/Cliente*	correo electrónico	Fecha
_____	_____	_____	_____
Nombre y Apellido de la Parte Responsable**	Firma de la Parte Responsable**	Relación con el beneficiario	Fecha

Este formulario fue interpretado por _____ (nombre del intérprete) en _____ (Idioma) para el beneficiario/cliente y/o parte responsable.

La información anterior, incluida la dirección de correo electrónico, ha sido confirmada por _____
Nombre y Apellido del Proveedor de Orange MHP

El beneficiario recibió / declinó una copia de este formulario en _____ por _____.
Fecha iniciales del proveedor

Esta sección debe ser completada por el Proveedor si se retira el consentimiento.

El beneficiario/cliente había proporcionado previamente autorización, pero ahora desea retirar la autorización a partir de _____ (fecha)

_____	_____	_____
Nombre y Apellido del Proveedor de Orange MHP	Firma del Proveedor de Orange MHP	Fecha

Esta información confidencial se le proporciona de acuerdo con las leyes y regulaciones estatales y federales, incluyendo pero no limitado al código de Bienestar e Instituciones aplicables, el Código Civil y las Normas de Privacidad de la HIPAA. La duplicación de esta información para su posterior divulgación está prohibida sin la autorización previa por escrito del beneficiario/cliente/representante autorizado al que pertenece a menos que la ley permita lo contrario. La destrucción de esta información se requiere después de que se cumpla el propósito declarado de la solicitud original.

*Un menor que reciba servicios bajo su propia firma debe tener el formulario de Consentimiento del Menor firmado en el expediente clínico.

**Parte Responsable: Guardián, Conservador o Padre del beneficiario/cliente cuando sea necesario.