



Consentimiento de Aceptación (Opt-In): Prácticas de Comunicación Preferidas **(más allá de los límites de privacidad de HIPAA/HITECH/CARES por el cliente)**

Los Servicios de Salud Mental y Tratamiento del Uso de Sustancias del Condado de Santa Cruz (SCCBHS) se adhieren estrictamente a la Ley de Responsabilidad de Portabilidad de Seguros de Salud (HIPAA), la Ley de Tecnología de Información de Salud para la Salud Económica y Clínica (Ley HITECH) y el Código 42 de Regulaciones Federales (CFR), Parte 2 / La Ley de Seguridad Económica y Ayuda para Alivio del Coronavirus (CARES) y reglas de cumplimiento y las limitaciones regulatorias para proteger su información médica personal cuando se comparte electrónicamente. Nuestras prácticas habituales de protección de la privacidad en BHS incluyen el uso de sistemas electrónicos que incorporan protocolos de seguridad de red y software para proteger la confidencialidad de la información del paciente. Las medidas se utilizan para salvaguardar los datos y garantizar su integridad contra la corrupción intencional o no intencional. Utilizamos herramientas electrónicas de telesalud que cumplen con HIPAA, específicamente Doxy.me y Microsoft TEAMS para servicios clínicos. Además, ciframos / protegemos la información de identificación personal cuando dejamos mensajes telefónicos, enviamos correos electrónicos y no utilizamos aplicaciones de comunicación electrónica, como mensajes de texto y aplicaciones FaceTime.

Somos conscientes de que estas prácticas que cumplen con la privacidad pueden ser más restrictivas de lo que usted prefiere. BHS tiene como objetivo eliminar las barreras de comunicación y, si es posible, personalizará nuestros servicios para satisfacer sus necesidades de comunicación. Al hacerlo, no podemos garantizar la seguridad de las comunicaciones a través de Internet o mediante comunicación celular. Aunque es poco probable, existe la posibilidad de que la información incluida en un correo electrónico o mensaje de texto pueda ser interceptada / pirateada y leída por otras partes además de usted.

El propósito de este formulario es informarle de los riesgos y beneficios de una comunicación menos restrictiva y brindarle la opción de Opting-In para prácticas de intercambio de información más flexibles con su proveedor de BHS. Su consentimiento de Opt-In es voluntario y puede ser retirado en cualquier momento presentando una solicitud de revocación por escrito a BHS Quality Improvement en AskQI@santacruzcounty.us o por correo postal a 1400 Emeline, Bldg. K, Santa Cruz, CA 95060. Puede modificar su consentimiento de Opt-In en cualquier momento completando y enviando un nuevo formulario con su proveedor de tratamiento de BHS, lo que invalidará el formulario de consentimiento Opt-In firmado y fechado anteriormente.

Al completar y firmar este formulario, por la presente RECONOCER y ACEPTO lo siguiente:

1. Entiendo que algunos medios de comunicación electrónicos pueden ser más eficientes y accesibles que el servicio tradicional de telefónico o de correo electrónico, sin embargo, puede haber algún riesgo de que otros vean mi información médica, como mensajes de texto, correos electrónicos y / o mensajes de correo de voz.
2. Entiendo que las aplicaciones telefónicas para mensajes de texto, FaceTime, correo electrónico y correo de voz generalmente no están encriptadas y es posible que no protejan mi información personal y no pueden evitar que se acceda a mi información si otras personas obtengan mi teléfono (nombre, número de teléfono, dirección de correo electrónico y posible información de atención médica).

3. Entiendo que se recomienda el uso de aplicaciones de mensajes de texto seguras de HIPAA, como Signal, al comunicarme con mi proveedor.
4. Entiendo que, por motivos de privacidad, se recomienda que la información sobre el tratamiento clínico no se comparta mediante el uso de comunicaciones electrónicas (mensajes de texto, correo electrónico, correo de voz) y los servicios de llamadas telefónicas / FaceTime con mi proveedor deben realizarse en un entorno privado, para que otros no puedan escuchar nuestra conversación.
5. Entiendo que BHS tomará las medidas razonables para garantizar la seguridad de estas comunicaciones, pero no puede garantizar y no garantiza que las comunicaciones no serán interceptadas, mal dirigidas o no entregadas, y BHS no es responsable de la interceptación de terceros del correo electrónico y el número de teléfono celular proporcionado a continuación.
6. Estoy de acuerdo que mi Proveedor / Equipo de BHS puede comunicarse conmigo a través de la siguiente dirección de correo electrónico en un método no cifrado para asuntos que no sean de emergencia. Estas comunicaciones pueden incluir información específica relacionada a mi proveedor de atención médica, condiciones de salud y tratamiento. [Iniciales aquí: _____]
7. Estoy de acuerdo que mi proveedor / equipo de BHS puede comunicarse conmigo a través de un mensaje de texto al número de teléfono a continuación para asuntos que no sean de emergencia. Estas comunicaciones pueden incluir información específica relacionada con mi condiciones de salud y tratamiento. [Iniciales aquí: _____]
8. Estoy de acuerdo que mi proveedor / equipo de BHS puede comunicarse conmigo por teléfono al número de teléfono a continuación para asuntos que no sean de emergencia y dejar información de identificación personal en un correo de voz. Estas comunicaciones pueden incluir información específica relacionada con mi proveedor de atención médica, condiciones de salud y tratamiento. [Iniciales aquí: _____]
9. Entiendo que las comunicaciones por correo electrónico y mensajes de texto no son apropiadas en situaciones de emergencia, y en caso de una emergencia, llamaré al 9-1-1.

Entiendo que puedo retirar mi consentimiento para usar correo electrónico, texto y / o correo de voz identificable en cualquier momento. Además, puedo modificar mi consentimiento enviando un nuevo formulario, que anulará el formulario previamente firmado y fechado. He leído y entiendo la información proporcionada anteriormente con respecto al uso de la comunicación electrónica y todas mis preguntas han sido respondidas satisfactoriamente. Por la presente doy mi consentimiento para **Opt-In** al uso de comunicación electrónica menos restrictiva con mi proveedor de tratamiento, como se identifica con mis iniciales arriba para mensajes de texto, correos electrónicos no cifrados y / o información personal dejada en los mensajes de voz. Por la presente solicito y autorizo a BHS a utilizar los siguientes medios electrónicos para comunicarme información:

Correo Electrónico: _____

Número de teléfono celular: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Nombre Impreso del Cliente: _____

Nombre del Tutor en Letra de Imprenta (si corresponde): _____

Firma del Cliente: _____ Fecha: _____

Firma del Tutor (si corresponde): _____ Fecha: _____