

Departamento de Salud y Servicios Sociales del Condado de Solano

Servicios de Salud Mental
Servicios de Salud Pública
Servicios de Abuso de Sustancias
Servicios para Ancianos y Adultos Discapacitados



Gerald Huber, Director

Servicios de Elegibilidad
Servicios de Empleo
Servicios de Menores
Servicios Administrativos

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO PARA CORREO ELECTRÓNICO/MENSAJE DE TEXTO

Nombre del cliente en letra de molde

Dirección de correo electrónico del cliente

Número de teléfono del cliente

Los clientes deben prestar consentimiento para el uso por parte del Departamento de Salud y Servicios Sociales del Condado de Solano (SCH&SS) del correo electrónico o mensajes de texto para comunicaciones aceptables, como recordatorios de turnos, educación de clientes y recursos comunitarios. **Debido a la naturaleza poco segura de las comunicaciones por correo electrónico/mensaje de texto, SCH&SS limitará la información médica del cliente o el asesoramiento médico al mínimo necesario con el fin de comunicarse con el cliente.**

RIESGOS DEL USO DE CORREO ELECTRÓNICO PARA COMUNICARSE CON el Departamento de Salud y Servicios Sociales DEL CONDADO DE SOLANO

- El correo electrónico/mensaje de texto puede circular, enviarse y almacenarse en numerosos archivos impresos y electrónicos.
- El correo electrónico/mensaje de texto puede difundirse de inmediato a todo el mundo y puede ser recibido por destinatarios no previstos.
- Es fácil que los remitentes de correo electrónico/mensajes de texto puedan enviar un correo electrónico/mensaje de texto a una dirección equivocada.
- El correo electrónico/mensaje de texto puede falsificarse con mayor facilidad que los documentos manuscritos o firmados.
- Pueden existir copias de respaldo de correos electrónicos/mensajes de texto incluso después de que el remitente o el destinatario hayan eliminado sus copias.
- Los empleadores y los servicios en línea tienen derecho a archivar e inspeccionar correo electrónico/mensajes de texto transmitidos a través de sus sistemas.
- El correo electrónico/mensaje de texto puede ser interceptado, alterado, reenviado o utilizado sin autorización ni detección.
- El correo electrónico/mensaje de texto puede utilizarse para introducir virus en sistemas informáticos.

CONDICIONES PARA EL USO DE CORREO ELECTRÓNICO

SCH&SS usará medios razonables para proteger la seguridad y la confidencialidad de la información enviada y recibida en correos electrónicos mediante el cifrado de los datos. Sin embargo, debido a los riesgos antes descritos, SCH&SS no puede garantizar la seguridad y la confidencialidad de la comunicación por correo electrónico ni por mensajes de texto. Los clientes deben prestar su consentimiento para el uso de comunicaciones para el cliente por correo electrónico o mensaje de texto. El consentimiento para el uso de correo electrónico o mensaje de texto incluye la aceptación de las siguientes condiciones:

- a. Todos los correos electrónicos o mensajes de texto que reciba o se le envíen se imprimirán y formarán parte de su historia clínica. Las personas autorizadas por ley a acceder a su historia clínica revisarán esos correos electrónicos o mensajes de texto.
- b. SCH&SS procurará leer y responder un correo electrónico o mensaje de texto de usted dentro de un plazo razonable, pero SCH&SS no puede garantizar que cualquier correo electrónico o mensaje de texto en particular sea leído y respondido dentro de un plazo específico. **No use correos electrónicos o mensajes de texto para urgencias médicas, problemas urgentes u otros asuntos apremiantes.**
- c. Si requiere una respuesta de SCH&SS y no la ha recibido dentro de un plazo razonable, es su responsabilidad hacer el seguimiento para determinar si el destinatario previsto recibió el correo electrónico o el mensaje de texto y cuándo contestará.
- d. No debe usar correos electrónicos o mensajes de texto para comunicaciones referidas a información médica sensible, como datos sobre enfermedades de transmisión sexual, SIDA/VIH, diagnósticos y planes de tratamiento de salud mental, discapacidad del desarrollo o abuso de sustancias. Si decide comunicar información sensible de ese tipo por correo electrónico o mensaje de texto, tenga en cuenta los riesgos antes identificados.
- e. Es su responsabilidad hacer el seguimiento y/o programar un turno si se justifica.

FORMAS DE COMUNICACIÓN ALTERNATIVAS

También se puede comunicar con SCH&SS por teléfono o durante un turno programado y el correo electrónico o el mensaje de texto no sustituye la atención que se puede suministrar durante una visita al consultorio. Se deben pedir turnos para analizar cualquier cuestión nueva y cualquier información médica sensible.

CANCELACIÓN DE LA RELACIÓN POR CORREO ELECTRÓNICO

SCH&SS tendrá derecho a cancelar de inmediato una relación por correo electrónico o mensaje de texto con usted si se ha determinado que violó los términos y condiciones antes expresados o que violó este acuerdo de alguna otra manera, o si ha tenido un comportamiento que SCH&SS determina que es inaceptable. La relación por correo electrónico o mensaje de texto entre SCH&SS y usted se cancelará en caso de que SCH&SS ya no desee usar correos electrónicos o mensajes de texto para comunicarse con los clientes.

CERTIFICACIÓN DEL CLIENTE DE SU CONSENTIMIENTO PARA LA COMUNICACIÓN CON SOLANO COUNTY HEALTH AND SOCIAL SERVICES POR CORREO ELECTRÓNICO

Apellido Inicial media	Primer nombre del cliente	Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)						
X		X						
Dirección de correo electrónico		N.º de teléfono						
X		X						
<p>Confirmando que he leído y que comprendo en su totalidad este formulario de consentimiento. Comprendo los riesgos asociados con la comunicación por correo electrónico o mensaje de texto entre SCH&SS y yo y presto mi consentimiento para las obligaciones de SCH&SS según el presente documento.</p> <p>Solicito comunicarme con SCH&SS por correo electrónico <input checked="" type="checkbox"/> Mensaje de texto <input type="checkbox"/></p> <table><tr><td>X _____ Firma del cliente (si no es mayor de 18 años, un representante autorizado debe firmar a continuación) Firma del representante autorizado</td><td>X _____ Fecha en que firmó el cliente (mm/dd/aaaa) Fecha en que firmó el rep. aut. (mm/dd/aaaa)</td></tr><tr><td>X _____ Relación para actuar en nombre del cliente</td><td>X _____ Firma de miembro del personal de SCH&SS</td></tr><tr><td>X _____ Miembro que atestiguó esta firma del cliente o del rep. aut. del cliente</td><td>X _____ Fecha en que firmó el testigo (mm/dd/aaaa)</td></tr></table> <p>El testigo debe verificar la identidad del cliente. Si el formulario se recibe por FAX, la verificación se debe hacer por teléfono.</p>			X _____ Firma del cliente (si no es mayor de 18 años, un representante autorizado debe firmar a continuación) Firma del representante autorizado	X _____ Fecha en que firmó el cliente (mm/dd/aaaa) Fecha en que firmó el rep. aut. (mm/dd/aaaa)	X _____ Relación para actuar en nombre del cliente	X _____ Firma de miembro del personal de SCH&SS	X _____ Miembro que atestiguó esta firma del cliente o del rep. aut. del cliente	X _____ Fecha en que firmó el testigo (mm/dd/aaaa)
X _____ Firma del cliente (si no es mayor de 18 años, un representante autorizado debe firmar a continuación) Firma del representante autorizado	X _____ Fecha en que firmó el cliente (mm/dd/aaaa) Fecha en que firmó el rep. aut. (mm/dd/aaaa)							
X _____ Relación para actuar en nombre del cliente	X _____ Firma de miembro del personal de SCH&SS							
X _____ Miembro que atestiguó esta firma del cliente o del rep. aut. del cliente	X _____ Fecha en que firmó el testigo (mm/dd/aaaa)							

164.522 Derechos a solicitar protección de la privacidad para información protegida sobre la salud:

(b) (1) Estándar: requisitos de comunicaciones confidenciales.

- (i) Una entidad cubierta debe permitir que los individuos soliciten y debe hacer lugar a solicitudes razonables de los individuos respecto de recibir comunicaciones de información protegida sobre la salud del proveedor médico cubierto por medios alternativos o en lugares alternativos.
- (ii) (ii) Un plan de salud debe permitir que los individuos soliciten y debe hacer lugar a solicitudes razonables de los individuos respecto de recibir comunicaciones de información protegida sobre la salud del plan de salud por medios alternativos o en lugares alternativos si el individuo estipula claramente que la divulgación de parte o la totalidad de esa información podría poner en peligro al individuo.

(2) Especificaciones de implementación: condiciones para proporcionar comunicaciones confidenciales.

- (i) Una entidad cubierta puede exigir que el individuo haga la solicitud de una comunicación confidencial descrita en el párrafo (b)(1) de esta sección por escrito.
- (ii) Una entidad cubierta puede tener condiciones para hacer lugar de manera razonable con respecto a:
 - (A) Cuando sea apropiado, información con respecto a cómo se manejará el pago, si hubiera alguno.
 - (B) Especificación de una dirección alternativa u otro método de contacto.
- (iii) Un proveedor médico cubierto no puede pedir explicaciones al individuo con respecto al motivo de su solicitud como condición para proporcionar comunicaciones de manera confidencial.
- (iv) Un plan de salud puede exigir que una solicitud contenga una declaración de que la divulgación de parte o la totalidad de la información a la cual se refiere la solicitud podría poner en peligro al individuo.