

Formulario de consentimiento para comunicaciones electrónicas y preferencias de comunicación

El gobierno federal ha informado que los pacientes y clientes tienen derecho a recibir información médica a través de los canales de comunicación que prefieran, incluidos los canales no encriptados, si así lo prefieren. Es importante conocer las preferencias de comunicación de los pacientes y clientes, ya que pueden ser tanto protectoras como obligatorias.

Dado que los clientes pueden optar por recibir mensajes fuera de cualquier sistema seguro de mensajería de texto o correo electrónico y seguir cumpliendo la ley, hay ciertos criterios que deben cumplirse para que la conformidad se ajuste a las normas gubernamentales.

Si se cumplen los tres criterios siguientes, la orientación gubernamental sugiere que usted debería estar en condiciones de utilizar la mensajería de texto estándar con sus pacientes o clientes de una manera que cumpla con la Ley HIPAA. (Ley de Portabilidad y Responsabilidad de los Seguros Médicos)

1. El cliente entiende que la mensajería de texto estándar SMS tiene vulnerabilidades de seguridad.
2. El cliente entiende que yo proporciono alternativas seguras a la mensajería de texto estándar o al correo electrónico para mantener segura su información confidencial.
3. El cliente sigue prefiriendo y aceptando comunicarse mediante mensajes de texto o correo electrónico estándar en lugar de otras opciones, y está en su derecho y es su elección.

No existe ningún requisito explícito para confirmar por escrito que se cumplen estos criterios. Como agente, esto me proporciona una protección adicional.

La mensajería de texto SMS estándar en cualquier sistema seguro puede cumplir con la HIPAA, pero debe utilizarse con cuidado y cumplir con las preferencias del cliente.

Yo, Sheron E Sidbury NPN 11466028, pediré a todos los clientes que indiquen sus preferencias en cuanto a la forma en que desean recibir comunicaciones mías en el futuro, ya sea por mensaje de texto, correo electrónico, métodos de comunicación seguros o estándar. Todos tendrán la opción de elegir cómo enviarme sus documentos y con qué nivel de seguridad se sienten cómodos. Proporcionaré a todos un modo seguro de transmitirme documentos con información sensible. Sólo le enviaré documentos con información sensible de forma segura. Si me responde fuera de un sistema seguro, eso indicará que se siente cómodo enviando mensajes sin utilizar un método seguro. También tiene derecho a enviarme un mensaje indicando que prefiere comunicarse únicamente a través de comunicaciones protegidas seguras.

Consentimiento para comunicarse por correo electrónico y mensajes de texto estándar.

Yo _____, consiento y declaro mi preferencia para que mi agente de seguros de salud Sheron E Sidbury NPN 11466028, y otro personal que pueda trabajar con ella ahora o en el futuro puedan comunicarse conmigo por correo electrónico o mensajería SMS estándar (mensajes de texto) en relación con diversos aspectos de mi elegibilidad para el seguro u otras necesidades de seguro. Esto puede incluir, pero no se limitará a, detalles sobre mi póliza, datos personales sobre mí y otros miembros de mi hogar fiscal y otros detalles importantes necesarios para completar mi solicitud de elegibilidad.

Entiendo que el correo electrónico y los mensajes de texto SMS estándar no son métodos confidenciales de comunicación y pueden ser inseguros. Asimismo, entiendo que, por este motivo, existe el riesgo de que el correo electrónico y los mensajes de texto SMS estándar relativos a mi atención médica puedan ser interceptados y leídos por terceros, aunque la probabilidad de que esto ocurra sea pequeña.

También acepto que mi agente de seguros me haya informado de que son métodos seguros para comunicar mi información personal. También comprendo que es mi elección utilizar el correo electrónico estándar y los mensajes de texto SMS si me resulta más cómodo, comprendo y he sido informado del riesgo que ello conlleva.

También entiendo que mi agente de seguros sólo se comunicará conmigo

utilizando métodos protegidos seguros cuando me envíe correos electrónicos o utilice mensajes de texto, tal y como exige la ley.

POR FAVOR INDIQUE SUS MÉTODOS PREFERIDOS DE COMUNICACIÓN
(Por favor marque todos los que apliquen)

Puedo comunicarme mediante mensajes de texto estándar y correo electrónico para todas las comunicaciones. Comprendo y acepto el riesgo que ello implica.

Puedo comunicarme a través de mensajes de texto y correo electrónico estándar, excepto para información personal confidencial.

Me gustaría que se me proporcionara una forma segura de comunicar documentos sensibles y otra información personal sensible.

Puedo comunicarme por correo electrónico

Puedo comunicarme a través de mensajes de texto

Puedo comunicarme por correo postal

Acepto recibir las actualizaciones relativas al seguro médico y otras actualizaciones que puedan afectar a mi inscripción por mensaje de texto

Entiendo que puedo cambiar mis elecciones en cualquier momento por escrito rellenando otro acuerdo. También entiendo que puedo revocar mi consentimiento en cualquier momento por escrito poniéndome en contacto con Sheron E Sidbury utilizando la información de contacto proporcionada a continuación.

Sheron Sidbury

7676 Richmond Hwy #6817

Alexandria, VA 22306

Teléfono: (571) 636-9366

Correo electrónico: sheron@sesinsureme.com

Escriba su nombre

Firma

Fecha