

ARTHRITIS & RHEUMATIC CARE CENTER, PA

PATIENT CONSENT FOR USE AND DISCLOSURE OF PROTECTED HEALTH INFORMATION (PHI) ACKNOWLEDGMENT OF RECEIPT OF NOTICE OF PRIVACY PRACTICES

*CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE PARA USAR Y COMPARTIR INFORMACION PERSONAL DE SALUD Y CONFIRMACION DE RECIBO DE LA NOTA DE PRACTICAS DE PRIVACIDAD

I acknowledge that I have been provided with **ARTHRITIS & RHEUMATIC CARE CENTER**, "Notice of Privacy Practices", and I am giving my consent for the use and disclosure of Protect Health Information as required and / or permitted by law.

Confirmo que se me ha proveido con la "Nota De Practicas De Privacidad" de **ARTHRITIS & RHEUMATIC CARE CENTER, y doy mi consentimiento para usar y compartir Información Personal De Salud como lo permita y/o requiera la ley.*

Patient Name: (please print) _____

Nombre Del Paciente: (nombre en letra de molde por favor)

Patient Signature (or legal representative; proof may be requested) _____

Firma Del Paciente: (o representante legal; prueba puede ser requerida)

Date: (dd/mm/yy) _____

Fecha: (dd/mm/aa)

EMAIL CONSENT FORM *CONSENTIMIENTO DE CORREO ELECTRONICO

Purpose: This form is used to obtain your consent to communicate with you by email regarding your Protected Health Information. **ARTHRITIS & RHEUMATIC CARE CENTER**, (**ARCC**) offers patients the opportunity to communicate by email. Transmitting patient information by email has a number of risks that patients should consider before granting consent to use email for these purposes. **ARCC** will use reasonable means to protect the security and confidentiality of email information sent and received. However, **ARCC** cannot guarantee the security and confidentiality of email communication and will not be liable for inadvertent disclosure of confidential information.

I acknowledge that I have read and fully understand this consent form. I understand the risks associated with communication of email between **ARCC** and me and consent to the conditions outlined herein. Any questions I may have had were answered.

***Propósito:** Esta forma es usada como consentimiento de usted para comunicarnos vía correo electrónico en referencia a su Información de Salud Protegida. **ARTHRITIS & RHEUMATIC CARE CENTER**, (**ARCC**) ofrece a sus pacientes la oportunidad de comunicación vía correo electrónico. Transmitir información vía correo electrónico tiene numerosos riesgos que el paciente debe considerar antes de otorgarnos este consentimiento para estos propósitos. **ARCC** usara formas razonables de proteger confidencial y seguro la información mandada a usted vía correo electrónico. De todas formas, **ARCC** no podrá garantizarle proteger confidencial y seguro la comunicación vía correo electrónico y no será en ninguna forma responsable si esta información confidencial es usada inadvertidamente por otros.

Yo comprendo haber leído y completamente entendido el consentimiento de esta forma. Yo comprendo los riesgos asociados con la comunicación vía correo electrónico entre **ARCC** y yo consiento a las condiciones que me han sido dadas. Cualquier pregunta que yo haya tenido me a sido respondida.

Patient Acknowledgment & Agreement / *Reconocimiento y Acuerdo del Paciente

My Consented Email Address is: _____

*Mi Correo Electrónico Consentido es:

X _____
Patient Signature * Firma del Paciente

_____ Date *Fecha

In Case of Any Emergency Please Call 911 or Proceed to the Nearest Emergency Room, DO NOT USE THIS WAY OF COMMUNICATION FOR THAT PURPOSE.

*En Caso de Cualquier Emergencia Por Favor Llame al 911 o Proceda al Centro de Emergencia Cercano. NO USE ESTA FORMA DE COMUNICACIÓN PARA ESE PROPOSITO.