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 Protected 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. Trasmitir 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