



County of San Luis Obispo Behavioral Health
Consent for Email Communication

Client Name _____ Client ID # _____

Consentimiento Para Comunicación Por Correo Electrónico

Fecha de vigencia/inicio: _____

Por la presente acepto recibir correos electrónicos de la Agencia de Salud del Condado de San Luis Obispo y sus proveedores contratados de salud mental y trastornos por uso de sustancias para cualquier propósito relacionado con mi tratamiento, la coordinación de mi atención o el reembolso de mi atención, de acuerdo con los términos de este formulario de consentimiento.

Reconozco y entiendo que:

- Si mi dirección de correo electrónico cambia, debo informar a la Agencia de Salud del Condado de San Luis Obispo lo antes posible. Entiendo que, si no informo a la Agencia de Salud del Condado de San Luis Obispo, los proveedores pueden continuar enviando correos electrónicos a mi dirección anterior según este consentimiento, lo que puede resultar en una violación de la confidencialidad.
- Cuando uso mi propio dispositivo electrónico personal, la Agencia de Salud del Condado de San Luis Obispo no tiene ningún control o autoridad sobre la protección de mi información de salud que pueda almacenarse dentro de mi dispositivo. Entiendo que la información almacenada en mi dispositivo puede estar en riesgo, por ejemplo, en caso de pérdida o robo.
- El correo electrónico no es apropiado para situaciones urgentes o de emergencia. Los proveedores no pueden garantizar que ningún mensaje en particular será leído y respondido dentro de un período de tiempo determinado.
- El correo electrónico no es inherentemente seguro y puede ser interceptado por un tercero. Los proveedores utilizarán medios razonables para mantener la seguridad y confidencialidad de la información de correo electrónico enviada y recibida. Los proveedores y la Agencia de Salud del Condado de San Luis Obispo



County of San Luis Obispo Behavioral Health
Consent for Email Communication

Client Name _____ Client ID # _____

no son responsables de ninguna violación de la confidencialidad causada por el cliente o cualquier tercero.

- Los mensajes de correo electrónico míos serán tratados como información confidencial y pueden incluirse en mi expediente médico.
- Dependiendo del servicio que utilice para los correos electrónicos, es posible que los mensajes enviados no estén cifrados y, por lo tanto, podrían ser interceptados por otras personas, y acepto ese riesgo al enviar correos electrónicos.
- No tengo ninguna obligación de comunicarme con la Agencia de Salud del Condado de San Luis Obispo ni con mis proveedores por correo electrónico, y si tengo alguna inquietud sobre la comunicación por correo electrónico, no debo hacerlo.

Firma de Cliente _____ Fecha _____

Firma de Padre / Guardian _____ Fecha _____

Parentesco _____

Firma de Personal _____ Fecha _____