

## ESCUELA DE OPTOMETRÍA DE LA UNIVERSIDAD DE INDIANA AUTORIZACIÓN POR EMAIL Y MENSAJE DE TEXTO

Las clínicas de ojos de la Escuela de Optometría de la Universidad de Indiana (IUSO) ofrecen a los pacientes la conveniencia de enviar recordatorios de sus citas por email o mensaje de texto. Los recordatorios por email o mensaje de texto no son seguros y existe un riesgo que los mensajes puedan ser interceptados y leídos por otra persona aparte del paciente. IUSO no le enviará ninguna comunicación electrónica sin que usted la autorice en este formulario.

---

Yo autorizo a IUSO a enviarme emails con recordatorios de mis citas y sobre la configuración en el portal del paciente.  Sí  No

Yo autorizo a IUSO a enviarme mensajes de texto con recordatorios de mis citas.  Sí  No

No deseo recibir recordatorios de mis citas por email o mensaje de texto y revoco cualquier autorización anterior para hacerlo. Entiendo que recibiré recordatorios de mis citas solo por llamada telefónica.

- 
- Entiendo que tengo el derecho de revocar esta Autorización en cualquier momento como se indica arriba. Si quiero revocar esta autorización, debo hacerlo por escrito y enviarla a la entidad a la que previamente autorice a revelar mi información.
  - Entiendo que, si revoco esta Autorización, esta no aplica a aquella información que ya haya sido entregada como resultado de esta autorización.
  - Entiendo que esta autorización es voluntaria y que puedo rehusar firmarla.
  - También entiendo que las instituciones o individuos nombrados arriba no pueden rechazar o rehusar el proveer tratamiento, pago, membresía o elegibilidad para los beneficios si rehúso firmar esta Autorización.
  - Entiendo que solo una pequeña cantidad de información será incluida y que esta autorización es para comunicar recordatorios de citas, así como para configurar el portal del paciente. Los recordatorios de citas incluirán: Primer nombre del paciente, así como fecha, hora y lugar de la cita.
  - Entiendo que una vez que la información es divulgada conforme a esta Autorización, la información puede no estar más protegida bajo las Reglas de Seguridad y Privacidad de HIPAA.

He leído y entiendo esta Autorización y estoy de acuerdo con que los mensajes de texto o por email podrían incluir información de salud protegida sobre mi/el paciente, cuando sea necesario.

---

Firma del paciente/Representante

---

Fecha de hoy

---

Nombre con letra de imprenta

---

Relación con el paciente

---

Fecha de hoy