

Solicitud de comunicación no segura

PACIENTE

Nombre (apellido, primer nombre, segundo nombre)

Fecha de nacimiento

Número de expediente

SOLICITUD

Entiendo que los Centros de tratamiento dental GDSM disponen de un correo electrónico seguro (cifrado) alternativo. A pesar de esto, solicito que los Centros de tratamiento dental GDSM usen mensajes de texto o un correo electrónico no seguro (no cifrado) en las comunicaciones dirigidas a mí, sobre los siguientes asuntos:

Comunicaciones sobre citas

Comunicaciones sobre mi salud y atención médica

Otro:

Usen la dirección de correo electrónico que figura anteriormente para ponerse en contacto conmigo

Usen el número indicado anteriormente para mensajes de texto

Entiendo que el correo electrónico no seguro puede ser interceptado por personas distintas del emisor y el destinatario.

Asumo toda responsabilidad por las consecuencias que implica usar esta opción de correo electrónico no seguro.

Eximo a los Centros de tratamiento dental GDSM y a Boston University de toda responsabilidad que surgiera del uso del correo electrónico no seguro dirigido a mí.

Tras la aceptación de los Centros de tratamiento dental GDSM, esta indicación tendrá vigencia hasta que yo notifique a los Centros de tratamiento dental GDSM por escrito o por correo electrónico que la revoco.

Firma del individuo o del representante

(Si firma el representante,
indicar relación con el paciente)

Fecha

SOLO PARA USO ADMINISTRATIVO

Solicitud aceptada

Solicitud denegada por los
siguientes motivos:

Firma

Puesto

Fecha

SOLO PARA USO OFICIAL

Paciente individual

Expediente médico del individuo