



Atlanta Psychological Services, LLC

2308 Perimeter Park Drive
Suite 100
Atlanta, GA 30341

770-457-5577
Fax 770-457-5599
atlantapsychological.com

Marque uno:

rev 10-13-18

J. Todd George, PsyD Andrew Gothard, PsyD
 Carolyn Johnson, PhD Yoshitaro Oba, PhD
 Jessenia Rodriguez, PsyD Angela Stewart, PhD

CONSENTIMIENTO PARA CORRESPONDER ELECTRONICAMENTE

Nombre del Cliente: _____

Mientras los médicos en Atlanta Psychological Services toman precauciones razonables para proteger su información confidencial, entiendo que el correo electrónico y otras fuentes de comunicación electrónicas no son métodos completamente seguros de comunicación.

Yo entiendo que en la mayoría de las circunstancias, la comunicación electrónica no es una forma nueva de comunicar información sobre los cuidados o de comunicar las necesidades de emergencia. Además, entiendo que debo de hablar con mi medico directamente con respecto a toda la información importante referente a mi tratamiento (o de mi hijo). Aunque mi medico tratara de responder de manera oportuna, entiendo que si yo(o mi hijo) estamos experimentando una situación de emergencia y la necesidad de ponerse en contacto con alguien inmediatamente para que me ayude, a continuación, voy a llamar a cualquiera de los números de emergencia que se enumeran en el formulario de consentimiento para el tratamiento.

Yo concedo permiso a mi medico y/o el personal de Atlanta Psychological Services de comunicarse conmigo a través de correo electrónico.

Yo reconozco que si uso el correo electrónico para iniciar el contacto con mi médico en relación con mi cuidado(o el cuidado de mi hijo), el médico, y/o el personal de Atlanta Psychological Services tiene mi permiso para corresponder a través de esa dirección de correo electrónico u otras formas de comunicaciones electrónicas.

Yo reconozco que tengo la opción para que mi médico o el personal incluya información de identificación cuando me están escribiendo por correo electrónico.

_____ Al marcar esta casilla, permito que mi médico o el personal envíen correos electrónicos con información de identificación sin necesidad de utilizar encriptación .

Cientes Adultos:

Firma del Cliente: _____ Fecha: _____

Cientes Menores:

Firma del Padre/Tutor Responsable: _____ Fecha: _____