****

**FORMULARIO DE EMAIL RELEASE**

Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ YO, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   (Nombre del paciente o del representante del paciente) Quiero comunicarse por correo electrónico con Brushy Creek Dentistry en asuntos relacionados con mi salud y / o mi tratamiento médico. Entiendo que cualquier información de salud confidencial que envío a la práctica no es segura y se envía bajo mi propio riesgo. No responsabilizaré a la práctica, ni a ninguno de sus miembros de la fuerza de trabajo, por la pérdida de cualquier tipo de confidencialidad asociada con la información transmitida por correo electrónico. También entiendo que no es la política de la práctica para cifrar cualquier información de salud confidencial que solicito que me sea enviado por correo electrónico. Debido a que esta información NO está cifrada, entiendo que no es segura. Reconozco este riesgo y no responsabilizaré a la práctica ni a ninguno de sus miembros de la fuerza de trabajo por cualquier pérdida de confidencialidad asociada con dichas transmisiones.

Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dirección de correo electrónico (Escriba con letra legible) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_