

**PATIENT CONSENT FOR USE AND DISCLOSURE OF PROTECTED HEALTH INFORMATION (PHI)
ACKNOWLEDGMENT OF RECEIPT OF NOTICE OF PRIVACY PRACTICES**

***CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE PARA USAR Y COMPARTIR INFORMACION PERSONAL DE
SALUD Y CONFIRMACION DE RECIBO DE LA NOTA DE PRACTICAS DE PRIVACIDAD**

I acknowledge that I have been provided with **ANDREA TROWERS M.D.**, "Notice of Privacy Practices", and I am giving my consent for the use and disclosure of Protected Health Information as required and / or permitted by law.

Confirmo que se me ha proveido con la "Nota De Practicas De Privacidad" de with **ANDREA TROWERS M.D., y doy mi consentimiento para usar y compartir Información Personal De Salud como lo permita y/o requiera la ley.*

Patient Name: *(please print)*

***Nombre Del Paciente:** *(nombre en letra de molde por favor)*

Patient Signature *(or legal representative; proof may be requested)*

***Firma Del Paciente:** *(o representante legal; prueba puede ser requerida)*

Date: *(dd/mm/yy)* / /

***Fecha:** *(dd/mm/aa)*

EMAIL/TEXT MESSAGE TO MOBILE PHONE CONSENT FORM

***CONSENTIMIENTO DE CORREO ELECTRONICO/MENSAJES DE TEXTO A MOVIL**

Purpose: This form is used to obtain your consent to communicate with you by email/mobile text messaging regarding your Protected Health Information. **ANDREA TROWERS M.D., (ATMD)** offers patients the opportunity to communicate by email/mobile text messaging. Transmitting patient information by /mobile text messaging has a number of risks that patients should consider before granting consent to use email/mobile text messaging for these purposes. **ATMD** will use reasonable means to protect the security and confidentiality of email/mobile text messaging information sent and received. However, **ATMD** cannot guarantee the security and confidentiality of email/mobile text messaging communication and will not be liable for inadvertent disclosure of confidential information.

I acknowledge that I have read and fully understand this consent form. I understand the risks associated with communication of email/mobile text messaging between **ATMD** and me and consent to the conditions outlined herein. Any questions I may have had were answered.

***Propósito:** Esta forma es usada como consentimiento de usted para comunicarnos vía correo electrónico/mensaje de texto a móvil en referencia a su Información de Salud Protegida. **ANDREA TROWERS M.D., (ATMD)** ofrece a sus pacientes la oportunidad de comunicación vía correo electrónico/mensaje de texto a móvil. Transmitir información vía correo electrónico/mensaje de texto a móvil tiene numerosos riesgos que el paciente debe considerar antes de otorgarnos este consentimiento para estos propósitos. **ATMD** usara formas razonables de proteger confidencial y seguro la información mandada a usted vía correo electrónico/mensaje de texto a móvil. De todas formas, **ATMD** no podrá garantizarle proteger confidencial y seguro la comunicación vía correo electrónico/mensaje de texto a móvil y no será en ninguna forma responsable si esta información confidencial es usada inadvertidamente por otros.

Yo comprendo haber leído y completamente entendido el consentimiento de esta forma. Yo comprendo los riesgos asociados con la comunicación vía correo electrónico/mensaje de texto a móvil entre **ATMD** y yo y consentimiento a las condiciones que me han sido dadas. Cualquier pregunta que yo haya tenido me a sido respondida.

Patient Acknowledgment & Agreement / *Reconocimiento y Acuerdo del Paciente

My Consented Email Address is: _____

***Mi Correo Electrónico Consentido es:**

My Consented for Text Messaging to: _____

***Mi Mensaje de Textos consentido a:**

X _____
Patient Signature * Firma del Paciente

Date *Fecha