



Bluebonnet Dental
ADVANCED COSMETIC & FAMILY DENTISTRY

PATIENT CONSENT FOR USE OF EMAIL COMMUNICATIONS

To better serve our patients, this office has established an email address for some forms of communication. For routine matters that do not require immediate response, please feel free to contact us at the email address for your physician's clinical support staff (see list below). Please remember however, that this form of communication is not appropriate for use in an emergency. The turnaround time for routine patient communication is 3-5 business days. The service provider may delay message delivery. **Should you require urgent or immediate attention, this medium is not appropriate.**

When sending email, please put the subject of your message in the subject line so we can process it more efficiently. Also, be sure to put your name, patient ID number and return telephone number in the body of the message. We also ask that you acknowledge receipt of email coming from this office by using the auto reply feature.

Communications relating to diagnosis and treatment will be filed in your medical/dental record.

This office is dedicated to keep your medical/dental record information confidential. Despite our best effort, due to the nature of email, third parties may have access to messages. When communicating from work, you should be aware that some companies consider email corporate property and your message may be monitored. Even when emailing from home, you may feel that access to your email is not well controlled, so you should take that into consideration. In addition, you should be aware that, although addressed to me, my staff and/or colleagues would have access to this information.

In addition to medical/dental-related messages, we may also communicate with you via email regarding billing matters, distribution of newsletters, patient education/information and other related materials.

I understand that this office will not be responsible for information loss or delay or breaches in confidentiality that are due to technical factors beyond this office's control.

I understand and agree to the above email policy.

By signing below, you are agreeing that we may send medical/dental related correspondence to you via email, and that we may respond to your emails to us via email.

Patient's signature

Email address

Date _____



Bluebonnet Dental
ADVANCED COSMETIC & FAMILY DENTISTRY

CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE PARA EL USO DE COMUNICACIONES POR CORREO ELECTRÓNICO

Para servir mejor a nuestros pacientes, esta oficina ha establecido una dirección de correo electrónico para algunas formas de comunicación. Para asuntos de rutina que no requieran una respuesta inmediata, no dude en comunicarse con nosotros a la dirección de correo electrónico del personal de apoyo clínico de su médico (consulte la lista a continuación). Sin embargo, recuerde que esta forma de comunicación no es apropiada para una emergencia. El tiempo de respuesta para la comunicación rutinaria con el paciente es de 3 a 5 días hábiles. El proveedor de servicios puede retrasar la entrega del mensaje. **En caso de requerir atención urgente o inmediata, este medio no es el adecuado.**

Cuando envíe un correo electrónico, coloque el asunto de su mensaje en la línea de asunto para que podamos procesarlo de manera más eficiente. Además, asegúrese de poner su nombre, número de identificación del paciente y número de teléfono de retorno en el cuerpo del mensaje. También le pedimos que acuse recibo del correo electrónico procedente de esta oficina utilizando la función de respuesta automática.

Las comunicaciones relacionadas con el diagnóstico y el tratamiento se archivarán en su expediente médico/dental.

Esta oficina está dedicada a mantener confidencial la información de su expediente médico/dental. A pesar de nuestro mejor esfuerzo, debido a la naturaleza del correo electrónico, es posible que terceros tengan acceso a los mensajes. Cuando se comunique desde el trabajo, debe tener en cuenta que algunas empresas consideran que el correo electrónico es propiedad corporativa y su mensaje puede ser monitoreado. Incluso cuando envía un correo electrónico desde su casa, puede sentir que el acceso a su correo electrónico no está bien controlado, por lo que debe tenerlo en cuenta. Además, debe tener en cuenta que, aunque esté dirigida a mí, mi personal y/o colegas tendrían acceso a esta información.

Además de los mensajes médicos/dentales, también podemos comunicarnos con usted por correo electrónico con respecto a asuntos de facturación, distribución de boletines, educación/información para el paciente y otros materiales relacionados.

Entiendo que esta oficina no será responsable por la pérdida o demora de información o violaciones a la confidencialidad que se deban a factores técnicos fuera del control de esta oficina.

Entiendo y acepto la política de correo electrónico anterior.

Al firmar a continuación, acepta que podemos enviarle correspondencia médica/dental relacionada con usted por correo electrónico, y que podemos responder a sus correos electrónicos por correo electrónico.

Firma del paciente

Dirección de correo electrónico

Fecha _____