



*MRN: _____ Facility Use Only
----------------------------------

**SCRIPPS**  
**AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN DE SALUD A TRAVÉS DE CORREO ELECTRÓNICO**

SCRIPPS AUTHORIZATION FOR DISCLOSURE OF HEALTH INFORMATION VIA EMAIL

Para que Scripps le envíe a usted, o a la persona designada, una copia de su información de salud a través de correo electrónico, complete la siguiente información.

Dirección de correo electrónico a la que desea que se le envíe información:

\_\_\_\_\_

Deseo que mi información se envíe de manera  segura o  no segura (marque una opción)

Reconozco que la elección de recibir mi información de salud a través del correo electrónico de manera no segura, la información no estará encriptada y puede ser interceptada y vista por terceros. Scripps no se responsabiliza por el acceso no autorizado a su información de salud mientras se realiza la transmisión a la dirección de correo electrónico que usted designó antes.

**Nombre en letra de molde:** \_\_\_\_\_

**Firma:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

Si no firma el paciente, determine la relación con dicho paciente: \_\_\_\_\_

**Testigo:** \_\_\_\_\_



\*1ROI\*