

Center for Women's Health

ADVANCED AND PERSONALIZED CARE FOR WOMEN

Fort Bend Doctors' Pavilion
1601 Liberty Street Ste A
Richmond, TX 77469

C. Funsho Fagbohun, MD, PhD, FACOG, FACS
Kesha S. Robertson, MD, FACOG
Cynthia I. Rios, MD, FACOG
Sarah D. Nelson, MD
Sabina K. Cherian, MD

Phone: 281-342-MYOB (6962)
Fax: 281-342-6963
email: info@mywomensdoc.com

Obstetrics, Gynecology, & Minimally Invasive Surgery

Consentimiento del Paciente Para el uso de Correo Electrónico

Para servir mejor a nuestros pacientes, esta oficina ha establecido una dirección de correo electrónico para algunas formas de comunicación. Para los asuntos de rutina que no requieren una respuesta inmediata, por favor póngase en contacto con nosotros por correo electrónico: info@mywomensdoc.com. Sin embargo, recuerde que esta forma de comunicación no es apropiada para su uso en caso de emergencia. El tiempo de respuesta para las comunicaciones pacientes rutinarios es 24-48 horas. El proveedor de servicios puede retrasar la entrega de mensajes. Si necesita atención urgente o inmediata, este medio no es apropiado.

Al enviar correo electrónico, por favor incluya un tema en la línea del asunto así lo podemos procesar más eficientemente. También, asegúrese de poner tu nombre, fecha de nacimiento y número de teléfono de retorno en el cuerpo del mensaje.

También pedimos que usted acepte recibir mensajes electrónicos provenientes de esta oficina, mediante el uso de la función de respuesta automática.

Las comunicaciones relativas al diagnóstico y tratamiento se archivarán en su expediente médico.

Esta oficina se dedica a mantener su información médica confidencial. A pesar de nuestros mejores esfuerzos, debido a la naturaleza del correo electrónico, terceras partes pueden tener acceso a los mensajes. Al comunicar desde el trabajo, debe ser consciente de que algunas compañías consideran propiedad de la empresa de correo electrónico y los mensajes pueden ser monitoreados. Tome en consideración, cuando envía correos electrónicos desde su casa, es posible que el acceso a su correo electrónico no sea bien controlado. Además, usted debe saber que, aunque sea dirigido a una persona en particular, todo el personal o los médicos tendrían acceso a esta información.

Entiendo que esta oficina no será responsable por pérdida de información o retrasos o incumplimientos de confidencialidad que son debido a factores técnicos más allá de control de esta oficina.

Entiendo y acepto la política de correo electrónico anterior.

Al firmar abajo, usted acepta que podemos enviarle correspondencia relacionados/facturación médica a usted por correo electrónico, y que podamos responder a su correo electrónico con nosotros por correo electrónico.

Marque aquí si NO da su consentimiento para el uso de correo electrónico y firme abajo.

Nombre del Paciente

Firma del Paciente

Fecha

Testigo (opcional)

