



Trinity Heritage Clinic

2204 Joe Battle Blvd. El Paso TX 79938 Tel:915-300-2276 Fax: 1-866-222-5219

Patient Consent for use of Email Communications Letter

To better serve our patients, this office has established a patient portal for some forms of communications. For routine matters that do not require immediate response, please provide us with your email. We will send you an invite to join our patient portal. Upon your acceptance via the email you can log on to your personal account with Trinity Heritage and contact us via email or view account balance, some labs, etc. Should you require urgent or immediate attention, this medium is not appropriate.

Communications relating to diagnose and treatment will be filled in your medical record.

This office is dedicated to keeping your medical record information confidential. Please provide us your personal email and not your work emails. Some companies consider email corporate property and your messages may be monitored. In addition, you should be aware that, although addressed to me, my staff and our colleagues would have access to this information. 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 office's control.

I understand and agree to the above email policy.

By signing below, you are agreeing that we may send medical related correspondence to you via email portal.

Carta de Consentimiento para el Uso del correo electronico como medio de Comunicacion

Con el fin de ofrecer un mejor servicio, esta oficina cuenta con un Portal de Internet como medio de comunicacion adicional con nuestros pacientes, para efectos que no requieran de una inmediata respuesta. Por favor proveanos con su correo electronico, le estaremos enviando una invitacion a nuestro Portal de Internet. Despues de aceptar nuestra invitacion podra acesar a su cuenta personal que tenga con Trinity Heritage Clinic. Por medio de dicha cuenta podra comunicarse con la oficina, ver el balance de su cuenta, resultados de laboratorio, etc. Es importante aclarar que si usted necesita atencion medica inmediata este no es un medio de comunicacion apropiado.

Cualquier informacion relacionada con diagnosticos o tratamientos seran incluidos en su expediente medico.

Esta oficina esta comprometida en mantener confidencial la informacion de su expediente medico. Por tal razon es importante que nos provea con un correo electronico personal y no de otra persona o de su trabajo ya que algunas companias consideran el correo electronico propiedad de la empresa y su correo puede ser monitoreado. Debe de estar enterado que el personal de esta oficina tiene acceso al portal y cualquiera de ellos podra responder a sus dudas.

Entiendo que esta oficina no sera responsable por informacion perdida o brechas en la confidencialidad relacionados con la tecnologia, ya que estan fuera del control de la oficina.

Entiendo y estoy de acuerdo con la Poliza de correo electronico arriba descrita.

Firmando esta poliza, usted declara estar acuerdo en que se envíe cualquier informacion medica, por medio del Portal de internet.

Signature/Firma: _____ Date/Fecha: _____