



## **Dr. Glenda Thomas, DNP, FNP-C**

611 S. Carlin Springs Rd. Suite 412

Arlington, VA 22204 Telephone: (703) 344-2004 Fax: (703) 931-1819 Email: [office@venesaludpc.com](mailto:office@venesaludpc.com)

### **POLÍTICA DE COMUNICACIONES ELECTRÓNICAS**

Gracias por elegirnos como su Clínica de Atención Primaria. Estamos comprometidos a brindarle lo mejor posible cuidado de la salud. Las siguientes políticas son para informarle sobre cómo comunicarse con nuestra oficina utilizando métodos electrónicos, es decir, texto, correo electrónico, Internet, etc.

#### **Comunicaciones electrónicas**

Tenga en cuenta que las comunicaciones por correo electrónico, mensaje de texto o Internet no son seguras. Aunque es improbable, existe la posibilidad de que la información que incluya utilizando estos métodos pueda ser interceptada y leída por otras partes además de la persona a la que se dirige. Cualquier información que se nos envíe a través de estos métodos, se considera que el consentimiento para las comunicaciones que utilizan estos métodos es aceptable para usted, y usted asume que responsabilidad y riesgo de interceptación. No incluya información de identificación personal como su nacimiento, fecha o información médica en cualquier comunicación electrónica que nos envíe. Por favor no se comunique cualquier información personal a través de las redes sociales, es decir, Facebook, Messenger, Twitter, Snapchat, etc. estas redes están abiertas al público. No dude en contactarnos si tiene inquietudes o desea comunicarse a través de medios más seguros. Además, no podemos diagnosticar su afección mediante mensajes de texto, correos electrónicos u otras comunicaciones, que no pueden reemplazar su relación directa con su proveedor.

#### **Sitio web**

Para obtener información general sobre nuestras prácticas, incluidas direcciones, horarios de oficina y cierres, visite <http://www.venesaludpc.com>.

**VeneSalud Primary Care se reserva el derecho de cambiar la política y los procedimientos del consultorio en cualquier momento y sin notificación. Un formulario actualizado estará disponible a su solicitud.**

#### **Certificación**

He reconocido que he leído y entiendo completamente la política anterior. Entiendo y acepto completamente los términos de este documento. Acepto que una fotocopia de este acuerdo será válida como el original. Esta autorización seguirá siendo válida hasta que se revoque por escrito.

---

Firma del Paciente/Guardián Legal

---

Fecha

---

Nombre de quien firma