**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

P.O. Box 20395 Bus: (254) 772-8999

Waco, TX 76702 Fax: (254) 772-4770

**Consentimiento Informado para Correo Electrónico**

Yo, , acepto permitir que el personal del Family Abuse Center se comunique conmigo por correo electrónico para facilitar (seleccione uno):

Gestión de casos  Abogacía legal  Consejería  Otro:

**Yo entiendo que:** *(Firme con sus iniciales)*

\_\_\_\_ El correo electrónico no es una forma segura de comunicación y puede ser interceptado y leído por otras personas.

\_\_\_\_ El correo electrónico no es una comunicación confidencial y debo asegurarme de que no se incluya información que no quisiera que esté disponible públicamente.

\_\_\_\_ Debo evitar comunicarme con el personal de FAC por correo electrónico si creo que mi abusador podría acceder a mi correo electrónico.

\_\_\_\_ Debería evitar "responder" a un correo electrónico de un miembro del personal de FAC usando el correo inicial, pero debería responder con un nuevo correo electrónico para limitar la cantidad de información contenida en un solo mensaje de correo electrónico.

\_\_\_\_ Dar direcciones, números de teléfono o nombres específicos de lugares de reunión en un correo electrónico puede proporcionar esta información a una persona insegura si mi correo electrónico se ve comprometido o interceptado.

\_\_\_\_ Reenviar la comunicación por correo electrónico que he tenido con el personal de FAC a un tercero podría potencialmente renunciar a mis derechos de privilegio sobre todas las comunicaciones confidenciales con el personal de FAC, aunque el reenvío por sí solo no significa que tenga la intención de renunciar al privilegio.

**Autorizo ​​a Family Abuse Center a comunicarse conmigo en la siguiente dirección de correo electrónico:**

@

**Autorizo ​​a Family Abuse Center a comunicarse conmigo por correo electrónico solo con respecto a lo siguiente:**

Configurar u obtener recordatorios sobre citas o grupos

Intercambio de documentos (especifique qué documentos): ­­­

Otro (lo más específico posible):

*Entiendo que puedo revocar este consentimiento mediante notificación (no retroactiva) y que este consentimiento vencerá automáticamente un año después de la fecha de la firma si no se especifica otra fecha de vencimiento a continuación.*

***Vencimiento:***

El consentimiento vence: (no superior a 12 meses)

Vence al finalizar o graduarse del programa de hogar del FAC

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Firma del Cliente Fecha**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Firma de Empleado Fecha**