

Consentimiento de correo electrónico, texto y mensajes Uso para recordatorio de citas y otras comunicaciones médicas.

Los pacientes en nuestra práctica pueden ser contactados por correo electrónico, mensajes de texto y/o mensajes de voz para recordarle de una cita, para obtener comentarios sobre su experiencia con nuestro equipo de atención médica y para proporcionar recordatorios/información de salud en general. Si en algún momento proporciono una dirección de correo electrónico o un número de texto/voz en el que se me puede contactar, doy mi consentimiento para recibir recordatorios de citas y otras comunicaciones/información de atención médica en esa dirección de correo electrónico o número de texto/voz por parte de la Práctica.

_____ (Iniciales del Paciente) Doy mi consentimiento para recibir mensajes de texto y de voz de la practica en mi teléfono celular o numero y cualquier numero reenviado o transferido a ese número o correos electrónicos para recibir comunicaciones como se indicó anteriormente. Entiendo que esta solicitud de recibir correos electrónicos, mensajes de texto y mensajes de voz se aplicará a todos los recordatorios de citas/comentarios/información de salud en el futuro, a menos que solicite un cambio por escrito. Autorizo de recibir mensajes de texto y mensajes de voz para recordatorios de citas, comentarios y recordatorios/información de salud general a los siguientes:

NUMERO DE CELULAR

() -

FECHA

 / /

Autorizo de recibir correos electrónicos/textos/mensajes de voz para recordatorios de citas y recordatorios de salud en general/comentarios/información en el Portal del Paciente a la siguiente

DIRECCION DE CORREO ELECTRONICO: _____

La practica no cobra por este servicio, pero se pueden aplicar tarifas de mensaje de texto estándar según lo dispuesto en su plan de cobertura (comuníquese con su proveedor celular para conocer los planes de precios y detalles).

FIRMA

NOMBRE (POR FAVOR ESCRIBA EN LETRA DE MOLDE)