



PREFERENCIAS DE COMUNICACIÓN DEL PACIENTE

Para llegar a nuestros pacientes con respecto a los servicios y las obligaciones financieras, utilizaremos todos los métodos de comunicación que proporcione a continuación para acelerar esa comunicación. Al proporcionar esta información, acepto que el Centro de Cirugía Avanzada, sus agentes legales o afiliados puedan usar los números de teléfono y las direcciones de correo electrónico proporcionados para enviarme una notificación de texto, llamar usando un mensaje de voz pregrabada/artificial utilizar un servicio de marcación automática o dejar un mensaje de voz en un contestador automático. Si se ha proporcionado una dirección de correo electrónico, el Centro de Cirugía Avanzada, sus agentes legales o colaboradores pueden comunicarse conmigo a través de una notificación por correo electrónico con respecto a mi atención, nuestros servicios o mi obligación financiera.

Reconozco que la mensajería de texto no es un medio de comunicación completamente seguro porque los mensajes pueden ser accedidos incorrectamente mientras están almacenados o interceptados durante la transmisión. El texto que recibo puede contener mi información personal. Al firmar el consentimiento a continuación, lo autorizo a que me contacte por mensaje de texto. También acepto informarle de inmediato si mi número de teléfono móvil cambia. Entiendo que no estoy obligado a autorizarlo a usar mensajes de texto y la decisión de no firmar esta parte de la autorización no afectará mi atención de ninguna manera.

Doy mi consentimiento para recibir mensajes de texto y/o correos electrónicos:

Firma del Padre o el Paciente

¿CUÁL ES EL MEJOR NÚMERO PARA CONTACTARLO?:

Casa #: _____ Trabajo #: _____

Celular #: _____ Otro: _____

¿PODEMOS MANDAR CORREO A LA DIRECCIÓN DE SU CASA? Sí _____ NO _____

¿ALGÚN OTRO FAMILIAR O AMIGO CON EL QUE LE GUSTARÍA QUE COMPARTIÉRAMOS SU INFORMACIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA O FINANCIERA ADEMÁS DE SU COMPAÑÍA DE SEGUROS O SUS PROVEEDORES DE ATENCIÓN MÉDICA?

Nombre: _____ Teléfono: _____

Nombre: _____ Teléfono: _____

Reconozco que se me ha dado la oportunidad de solicitar restricciones sobre el uso y/o divulgación de mi información médica protegida. Reconozco que se me ha dado la oportunidad de solicitar medios alternativos de comunicación de mi información médica protegida.

Paciente o Representante Personal

Fecha

Nombre impreso

Parentesco

ETIQUETA PT AQUÍ