



All Primary Services

606 S. Euclid St 2740 S. Bristol #208 1510 E. 7th St 3325 Tyler Ave.
Anaheim, CA 92802 Santa Ana, CA 92704 Long Beach, CA 90813 El Monte, CA 91731
P: (714)635-8570 P: (714)979-5734 P: (562)590-9800 P: (626) 416-5822

Senior/Medicare Clinic Only

201 S. Broadway
Santa Ana, CA 92701
P: (714) 571-4941

Atención al Paciente Mensaje de Texto/ Referencias de Correo Electrónico

Declaración:

Doy mi consentimiento a este consultorio médico de contactarme por mensaje de texto con el fin de informarme sobre mis referencias/autorizaciones. Entiendo que los mensajes de texto se transmiten a través de la red telefónica pública en un teléfono celular personal y, como tales, pueden no ser seguros. Yo entiendo que, debido a las prácticas de privacidad de HIPPA, la limitada información será enviada y puedo necesitar ponerme en contacto con esta oficina médica para obtener más detalles.

Estoy de acuerdo en asesorar a este consultorio médico tan pronto como sea posible si mi número celular cambia o si ya no está en mi poder. Yo entiendo que es mi responsabilidad informar al consultorio médico para detener los mensajes de texto información al teléfono celular que se enumeran a continuación.

Entiendo que los mensajes de texto pueden ser enviados a un padre/madre/tutor si el niño es de diez años o menor.

Me han aconsejado que la mensajería de texto/coreo electrónico está limitado a enviarme información sobre mis referencias/autorizaciones pendientes. El personal no responderá de ida o de vuelta a los mensajes de texto. Los pacientes deben ponerse en contacto con la oficina para discutir cualquier cambio o cualquier otro problema relacionado con sus autorizaciones. Esta oficina se reserva el derecho de discontinuar la mensajería de texto en cualquier momento.

Nombre completo: _____

Fecha de Nacimiento: _____

(_____) El consentimiento inicial (_____) actualizar

Firma: _____ Fecha: _____

Si el padre/madre/tutor esta firmando a nombre de un niño de 10 años de edad o menor, por favor de indicar su relación: _____

Número de teléfono móvil: _____

Correo Electrónico: _____

Número de teléfono particular: _____

Nota: un formulario por paciente - el consentimiento debe ser firmado por el paciente, a no ser que salvo que un niño de 10 años o menores. Mayo2016-texto Ref.