



## Autorización Para el Envío de Mensajes de Texto y Correo Electrónico

Para su conveniencia y poder brindarle un mejor servicio, nos gustaría mandarle mensajes de texto o correo electrónico. Es importante que entienda la siguiente información:

### PARTICIPACION ES VOLUNTARIA

- Usted no tiene la obligación de recibir mensajes de texto o correos electrónico si usted no lo desea.
- Si usted cambia de opinión, nos puede llamar en cualquier momento para cambiar sus preferencias.

### TIPO DE MENSAJE QUE LE SERA ENVIADO

- Le enviaremos recordatorios para sus citas programadas, ayuda para pedir citas, notificaciones relacionadas a su cuenta en el portal y otras informaciones relevantes.
- Nosotros NO le enviaremos información confidencial relacionada a su historial médico o resultados de laboratorio.


### REGLAS PARA MENSAJES Y CORREOS


- En caso de emergencias, NO envíe mensaje de texto o correos. Usted debe llamar a 911.
- Llámenos cuando necesite una cita de emergencia.
- Nuestro servicio de mensajería no compartirá su información con agentes externos y tampoco compartiremos su información para servicios de mercadeo y venta.
- Avísenos cuando cambie su número de teléfono o dirección de correo electrónico

### ENTIENDA CUALES SON LOS RIESGOS

- Los mensajes de texto pueden no ser seguros ya que pueden ser leídos por cualquier persona que tenga acceso a su teléfono o correo electrónico. En algunos casos los mensajes pueden ser interceptados, modificados, compartidos o usados sin que usted se dé cuenta.
- Respaldo de los mensajes de texto pueden existir, aunque usted los haya borrado del buzón principal.
- Su compañía de teléfono puede cargarle cargos adicionales por estos servicios de mensajes.

### ACUERDO DE ENTENDIMIENTO


 Usted quiere recibir recordatorios para sus citas vía mensaje de texto o correos electrónicos, así como notificaciones del portal **Si**  **No**


 Por favor asegúrese de firmar a continuación si usted ha marcado que si en la casilla anterior, así como también, si ha entendido la información y esta de acuerdo con los riesgos de recibir mensajes o correos electrónicos de la Agencia de Salud.

Nombre completo del cliente	Fecha de Nacimiento	Nombre completo si Usted es el padre/madre o representate legal del cliente
( ) Numero de celular (si está de acuerdo con recibir mensajes de texto)	Correo electrónico (si está de acuerdo con recibir mensajes de correo electrónico)	
X Firma	Fecha	<b>FOR STAFF USE</b> Client ID#
		Date Opt-out request received:
		Opt-out <input type="checkbox"/> No texts <input type="checkbox"/> No emails