



County of San Luis Obispo Behavioral Health
Consent for Text Communication

Client Name _____ Client ID # _____

Consentimiento Para Comunicación Por Texto

Fecha de vigencia/inicio _____

Por la presente acepto recibir mensajes de texto (SMS) de la Agencia de Salud del Condado de San Luis Obispo y sus proveedores contratados de salud mental y trastornos por uso de sustancias para cualquier propósito relacionado con mi tratamiento, la coordinación de mi cuidado o el reembolso de mi cuidado, de acuerdo con los términos de este formulario de consentimiento. Reconozco y entiendo que:

- Si mi número de teléfono cambia, debo informar a la Agencia de Salud del Condado de San Luis Obispo lo antes posible. Entiendo que, si no informo a la Agencia de Salud del Condado de San Luis Obispo, los proveedores pueden continuar enviando mensajes de texto a mi número anterior bajo este consentimiento, lo que puede resultar en una violación de la confidencialidad.
- Cuando uso mi propio dispositivo electrónico personal, la Agencia de Salud del Condado de San Luis Obispo no tiene ningún control o autoridad sobre la protección de mi información de salud que pueda almacenarse dentro de mi dispositivo. Entiendo que la información almacenada en mi dispositivo puede estar en riesgo, por ejemplo, en caso de pérdida o robo.
- Enviar mensajes de texto no es apropiado para situaciones urgentes o de emergencia. Los proveedores no pueden garantizar que ningún mensaje en particular será leído y respondido dentro de un período de tiempo determinado.
- Los proveedores utilizarán medios razonables para mantener la seguridad y confidencialidad de la información de texto enviada y recibida. Los proveedores y la Agencia de Salud del Condado de San Luis Obispo no son



County of San Luis Obispo Behavioral Health
Consent for Text Communication

Client Name _____ Client ID # _____

responsables de ninguna violación de la confidencialidad causada por el cliente o cualquier tercero.

- Es posible que mi proveedor de telefonía celular me cobre tarifas por el envío y la recepción de mensajes de texto.
- Tengo derecho a optar por no recibir mensajes de texto en cualquier momento respondiendo "STOP" a cualquier mensaje que reciba de la Agencia de Salud del Condado de San Luis Obispo o de mi proveedor.
- Dependiendo del servicio que utilice para mensajes de texto, es posible que los mensajes enviados no estén cifrados y, por lo tanto, podrían ser interceptados por otras personas, y acepto ese riesgo al enviar mensajes de texto.
- No tengo ninguna obligación de comunicarme con la Agencia de Salud del Condado de San Luis Obispo ni con mis proveedores a través de mensajes de texto, y si tengo alguna inquietud sobre la comunicación a través de mensajes de texto, no debo hacerlo.

Firma de Cliente _____

Fecha _____

Firma de Padre / Guardian _____

Fecha _____

Parentesco _____

Firma de Personal _____

Fecha _____