



Aviso de Prácticas de Privacidad & Formulario de Consentimiento de Comunicación

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

He recibido una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad de HealthTexas Medical Group of San Antonio.

Firma del Paciente o Representante Personal

Fecha

El paciente o representante personal recibió un Aviso de Prácticas de Privacidad, pero se negó a firmar arriba. Después de un esfuerzo de buena fe para obtener este reconocimiento, no pude hacerlo porque:

Nombre Impreso del Asociado

Firma del Asociado

Fecha

Formulario de Consentimiento de Comunicacion

HealthTexas Medical Group se ha ofrecido a comunicarse con usted a través del portal del paciente, mensajes seguros y correo de voz y texto telefónicos. Esta comunicación puede incluir cualquiera de las siguientes:

- Información de citas/direcciones/recordatorios
- Recomendación para el seguimiento
- Información general educativa/tratamiento
- Información financiera/de facturación, como facturas y recibos
- Informe de bienestar
- Resumen del tratamiento para fines de seguro
- Resultados de Pruebas
- Información específica del tratamiento
- Lista de medicamentos

Al reconocer y firmar este formulario de consentimiento, usted está otorgando permiso a HealthTexas Medical Group y a cualquier afiliado relacionado o terceros para ponerse en contacto con usted en el número móvil y/o de línea telefónica que se indica a continuación. Tenga en cuenta que los contactos pueden realizarse como una llamada directa o mediante el uso de mensajes de texto, mensajes de voz pregrabados o artificiales, y/o el uso de un sistema de marcación telefónica automatizada o marcador automático. Además, dependiendo de su plan de servicio móvil, las tarifas de mensajes y datos pueden ser evaluadas por su proveedor de telefonía móvil.

Usted puede retirar su consentimiento u omitir por no participar en cualquier momento mediante notificación por escrito a cualquier oficina de administración o ubicación de HealthTexas Medical Group..

Firma del paciente _____ Dirección de correo electrónico _____

Paciente (Nombre impreso) _____ Numero de Telefono _____

Numero celular de paciente _____ Fecha ____ / ____ / ____

Si el paciente es menor de 18 años, Firma del los Padres/Tutor _____

Nombre impreso del Padre/Tutor _____

Tenga en cuenta que el correo electrónico, el correo de voz telefónico y las comunicaciones de texto no son seguros y pueden ser interceptados o divulgados a terceros