



## AUTORIZACIÓN PARA COMPARTIR INFORMACIÓN DEL PACIENTE (AUTHORIZATION TO SHARE PATIENT INFORMATION – SPANISH)

Nombre: \_\_\_\_\_  
APELLIDO PRIMER NOMBRE SEGUNDO NOMBRE

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

### Mensajes telefónicos

¿Tiene un número de teléfono al que la entidad Hoag seleccionada anteriormente y los afiliados puedan llamar y dejar mensajes **detallados** sobre su atención, recordatorios de citas/exámenes médicos y otros mensajes de atención médica?

Sí  No Si la respuesta es sí, indique el número de teléfono: \_\_\_\_\_

### Mensajes de texto

¿Quiere recibir recordatorios de citas/exámenes médicos y otros mensajes de atención médica por mensaje de texto?

Sí  No Si la respuesta es sí, indique el número de teléfono preferido para recibir mensajes de texto: \_\_\_\_\_

### Correo electrónico

¿Quiere recibir recordatorios de citas/exámenes médicos y otros mensajes de atención médica por correo electrónico?

Sí  No

Si la respuesta es sí, indique su dirección de correo electrónico preferida: \_\_\_\_\_

### Contacto adicional

¿Hay alguien más a quien la entidad Hoag elegida anteriormente y los afiliados puedan dejarle mensajes **detallados** y compartir su información de paciente?

Sí  No Si la respuesta es sí, indique:

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación con el paciente: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Por la presente, doy mi consentimiento para recibir los mensajes indicados arriba de la entidad Hoag elegida anteriormente y de sus afiliados. Estas partes pueden usar la información proporcionada para contactarme por correo electrónico, agente en vivo, correo de voz, mensaje de texto o mensaje pregrabado, incluso mediante el uso de un marcador automático u otra tecnología asistida por computadora, o mediante cualquier otra comunicación electrónica con fines que incluyan recordatorios de citas y seguimiento de la atención médica, preinscripciones, encuestas, información sobre recetas, productos o servicios relacionados con la salud que pueden ser de interés, mis cuentas, asignación de beneficios y responsabilidad financiera. Entiendo que, dependiendo de mi plan telefónico, me podrían cobrar estas llamadas o mensajes de texto. También entiendo que proporcionar esta información de contacto y el consentimiento no son condiciones para recibir servicios de atención médica. Con respecto a los mensajes de texto, entiendo que puedo darlos de baja en cualquier momento respondiendo "STOP" (Parar) al mensaje de texto desde mi dispositivo móvil.

La Autorización para compartir información del paciente permanecerá vigente hasta que el paciente solicite por escrito la cancelación de este formulario.

Firma del Paciente/Representante Legal: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_ AM/PM

Si quien firma no es el paciente, indique su relación: \_\_\_\_\_

Nombre en letra de imprenta (Representante Legal): \_\_\_\_\_

#### CONSENT FORM

Form# 8006-S

Rev 12/01/21



[7711]

PATIENT LABEL