

**CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE**  
**COMUNICACIONES POR CORREO ELECTRÓNICO, MENSAJES DE TEXTO Y**  
**TELÉFONO AUTOMATIZADO**

En ocasiones, Neighborcare Health le enviará recordatorios de citas y mensajes de bienestar vía correo electrónico, mensajes de texto o llamada telefónica automatizada, ya que creemos que le gustaría que nos comunicáramos con usted vía correo electrónico, mensajes de texto o teléfono automatizado. Estas comunicaciones pueden provenir de nuestros miembros del personal o de nuestro sistema automático. Antes de usar comunicaciones por correo electrónico, mensajes de texto y teléfono automatizado que puedan contener su información médica protegida (Protected Health Information, PHI), Neighborcare Health debe informarle que puede haber algún nivel de riesgo de que la información en un correo electrónico no cifrado, mensaje de texto o llamada telefónica automatizada sea leída o escuchada por terceros. Neighborcare Health no se hace responsable por ningún acceso no autorizado a su PHI en correos electrónicos, mensajes de texto o llamadas telefónicas automatizadas que le enviemos.

Si tiene alguna pregunta sobre este formulario o sobre las comunicaciones que tengamos con usted acerca de su PHI, puede llamar al Funcionario de Privacidad de Neighborcare Health al 206-548-3026.

Yo doy mi consentimiento para las comunicaciones vía correo electrónico, mensajes de texto y teléfono automatizado sobre mi PHI con Neighborcare Health y sus proveedores y entiendo los riesgos asociados con las comunicaciones utilizando correos electrónicos no cifrados, mensajes de texto y teléfonos automatizados. Informaré a Neighborcare Health si ya no deseo comunicarme con Neighborcare Health vía correo electrónico, mensajes de texto o llamadas telefónicas automatizadas. Entiendo que no estoy obligado firmar este Consentimiento para poder ser un paciente en Neighborcare Health.

\_\_\_\_\_  
Nombre del paciente (en letra de imprenta)

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

\_\_\_\_\_  
Nombre del tutor del paciente (en letra de imprenta)

\_\_\_\_\_  
Relación (pariente o legal guardián)

\_\_\_\_\_  
Dirección de correo electrónico

\_\_\_\_\_  
Numero telefónico celular / Numero de casa

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente/tutor del paciente (if under 18)

\_\_\_\_\_  
Fecha

Prefiero ser contactado/a por:

- Mensaje de texto
- Teléfono celular
- Teléfono de casa