



Hackensack
Meridian *Health*
Medical Group

AUTORIZACIÓN

PERMISO PARA RECIBIR MENSAJES PREGRABADOS O MENSAJES DE TEXTO

Como servicio para nuestros pacientes, realizamos llamadas recordatorias de citas como un servicio de cortesía y, cuando es posible, enviamos mensajes de texto. Es probable que también realicemos otras llamadas importantes o enviemos mensajes de texto utilizando un mensaje automatizado o pregrabado. Para autorizarnos a que lo llamemos y le enviemos mensajes, complete la información a continuación y proporcione el número de teléfono al que desea que le enviemos estos mensajes.

Nota importante: Al proporcionar su **número de teléfono celular** más abajo, usted acepta recibir llamadas recordatorias de citas, llamadas importantes o mensajes de texto en su teléfono celular. Si desea que utilicemos un número de teléfono diferente, proporcione ese número más abajo *en lugar* de su número de teléfono celular.

Este permiso nos autoriza a dejar mensajes, realizar llamadas o enviar mensajes de texto al número de teléfono que usted proporcione a continuación. Si usted proporciona su número de teléfono celular, recibirá mensajes automatizados o pregrabados en su teléfono celular. Estamos obligados por ley a informarle sobre este asunto.

No es necesario que firme esta autorización; sin embargo, si no lo hace, no podremos realizar las llamadas recordatorias de cortesía, ni enviarle mensajes de texto ni realizar ninguna llamada importante.

Nombre del paciente: _____

Firma: _____

Firma del padre/madre/tutor (si el paciente es menor de edad): _____

Número de teléfono que el paciente autoriza para recibir llamadas y mensajes de texto según se estableció más arriba:

Número de teléfono celular: _____

Número de teléfono: _____

Fecha _____