



PATIENT NAME: _____
DOB: _____
PN#: _____

CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE PARA COMUNICACIÓN ELECTRÓNICA

- ☐ **SÍ**, me gustaría recibir recordatorios de citas por mensaje de texto o correo electrónico
- ☐ **NO**, no deseo recibir recordatorios de citas

Celular Móvil: _____ Correo Electrónico del Paciente: _____

JWCH + Wesley Health Centers ofrece la opción de recibir cierta información relacionada con la salud a través de mensajes de texto (SMS). Esto puede incluir:

- Recordatorios de citas
- Confirmaciones de citas
- Información general de salud

Consentimiento y Reconocimiento

Al firmar a continuación, usted reconoce y acepta lo siguiente:

1. Comunicación Electrónica:

Entiendo que, al firmar a continuación, estoy aceptando recibir comunicaciones electrónicas de JWCH + Wesley Health Centers relacionadas con mi atención y cuidado, que pueden incluir Información de Salud Protegida (PHI, por sus siglas en inglés) limitada.

2. Participación Voluntaria:

Entiendo que recibir mensajes de texto es opcional y no es una condición para recibir atención médica en Wesley Health Centers.

3. Riesgos de Confidencialidad:

Entiendo que los mensajes de texto pueden no ser completamente seguros y existe cierto riesgo de que la información de salud protegida (PHI) pueda ser interceptada o accedida por personas no autorizadas.

4. Contenido de los Mensajes:

Entiendo que los mensajes de texto no contendrán información altamente sensible y pueden incluir PHI limitada relacionada con mi atención.

5. Frecuencia de los Mensajes:

Puedo recibir mensajes recurrentes y entiendo que pueden aplicarse tarifas de mensajes y datos según mi proveedor de servicios móviles.

6. Cancelar Suscripción:

Puedo revocar mi consentimiento en cualquier momento respondiendo con la palabra **STOP** o **UNSUBSCRIBE** a un mensaje.

Nombre del Paciente o Tutor Legal

Firma del Paciente o Tutor Legal

Parentesco (si aplica)

Fecha