

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

CONSENTIMIENTO PARA RECIBIR MENSAJES DE TEXTO

Texas Health ofrece la opción de recibir mensajes de texto enviados a un número que yo proporcione. Los mensajes podrían incluir información privada protegida bajo la ley federal y estatal. Comprendo que los mensajes de texto no están encriptados y no son seguros. Existe el riesgo de que la información de salud protegida pueda ser vista por terceros. Podrían aplicarse tarifas de transmisión de datos y mensajes. Mi consentimiento mantendrá en efecto hasta que sea revocado.

Acepto recibir mensajes de texto según lo explicado anteriormente

No acepto recibir mensajes de texto según lo explicado anteriormente

Firma Nombre en letra de imprenta Fecha Hora

Si la persona que firma este formulario no es el/la paciente, indique el nombre completo, la relación con el/la paciente, el número de teléfono y la dirección:

Nombre Relación con el/la paciente

Número de teléfono Dirección

FACILITY NAME MUST BE FILLED IN BLANK BELOW



TEXT



PATIENT IDENTIFICATION

CONSENT TO RECEIVE INFORMATION AS TEXT MESSAGE

EXTHR575S (08/21)

Page 1 of 1