



Text and Email Consent

We would like to send you text or email messages for your convenience and to serve you better. Some important facts you should know:

PARTICIPATION IS VOLUNTARY

- You don't have to receive text or email messages from us if you don't want to.
- If you agree now, you can call us to change your mind at any time.

TYPES OF MESSAGES WE WILL SEND YOU

- We will send you appointment reminders, scheduling help, notifications about your patient portal account and other practical matters.
- We will NOT send or exchange messages with you about your health, lab results or other private information.

RULES FOR TEXTING OR EMAILING WITH US

- Do not text or email us for emergencies. Call 911 for emergencies.
- Call us for urgent scheduling needs.
- We and our messaging service will not share any of your information with third parties. We will not use your information for marketing.
- Let us know if your texting phone number or email address changes.

UNDERSTAND THE RISKS

- Messages are not always private; they can be read by anyone with access to your phone or email.
- In rare cases, messages can be intercepted, altered, forwarded, or used without you ever knowing.
- Back-up copies of text messages may exist even after you have deleted them.
- Your mobile phone company might charge you for receiving text messages.

ACKNOWLEDGEMENT AND AGREEMENT

Do you want to receive text or email appointment reminders and patient portal notifications from us? **Yes** **No**

If yes, then please fill out the form below and sign to acknowledge that you've read and fully understand the information above about the rules and risks of texting or emailing information with the Health Agency. Please let us know if you have any questions.

| | | |
|---|---|--|
| Client name | Date of birth | Name, if parent, guardian or legal rep |
| () Cell phone # (if OK to send you text messages) | E-mail address (if OK to send you email messages) | |
| X Signature | Date | FOR STAFF USE Client ID# |
| | | Date Opt-out request received: |
| | | Opt-out <input type="checkbox"/> No texts <input type="checkbox"/> No emails |



Autorización Para el Envío de Mensajes de Texto y Correo Electrónico

Para su conveniencia y poder brindarle un mejor servicio, nos gustaría mandarle mensajes de texto o correo electrónico. Es importante que entienda la siguiente información:

PARTICIPACION ES VOLUNTARIA

- Usted no tiene la obligación de recibir mensajes de texto o correos electrónico si usted no lo desea.
- Si usted cambia de opinión, nos puede llamar en cualquier momento para cambiar sus preferencias.

TIPO DE MENSAJE QUE LE SERA ENVIADO

- Le enviaremos recordatorios para sus citas programadas, ayuda para pedir citas, notificaciones relacionadas a su cuenta en el portal y otras informaciones relevantes.
- Nosotros NO le enviaremos información confidencial relacionada a su historial médico o resultados de laboratorio.


REGLAS PARA MENSAJES Y CORREOS


- En caso de emergencias, NO envíe mensaje de texto o correos. Usted debe llamar a 911.
- Llámenos cuando necesite una cita de emergencia.
- Nuestro servicio de mensajería no compartirá su información con agentes externos y tampoco compartiremos su información para servicios de mercadeo y venta.
- Avísenos cuando cambie su número de teléfono o dirección de correo electrónico

ENTIENDA CUALES SON LOS RIESGOS

- Los mensajes de texto pueden no ser seguros ya que pueden ser leídos por cualquier persona que tenga acceso a su teléfono o correo electrónico. En algunos casos los mensajes pueden ser interceptados, modificados, compartidos o usados sin que usted se dé cuenta.
- Respaldo de los mensajes de texto pueden existir, aunque usted los haya borrado del buzón principal.
- Su compañía de teléfono puede cargarle cargos adicionales por estos servicios de mensajes.

ACUERDO DE ENTENDIMIENTO


 Usted quiere recibir recordatorios para sus citas vía mensaje de texto o correos electrónicos, así como notificaciones del portal **Si** **No**


 Por favor asegúrese de firmar a continuación si usted ha marcado que si en la casilla anterior, así como también, si ha entendido la información y esta de acuerdo con los riesgos de recibir mensajes o correos electrónicos de la Agencia de Salud.

| | | |
|---|--|--|
| Nombre completo del cliente | Fecha de Nacimiento | Nombre completo si Usted es el padre/madre o representate legal del cliente |
| () Numero de celular (si está de acuerdo con recibir mensajes de texto) | Correo electrónico (si está de acuerdo con recibir mensajes de correo electrónico) | |
| X Firma | Fecha | FOR STAFF USE Client ID# |
| | | Date Opt-out request received: |
| | | Opt-out <input type="checkbox"/> No texts <input type="checkbox"/> No emails |