



Diana McLaughlin, M.D., F.A.A.P. Kids' Medical Care

2336 Immokalee Road, Naples FL 34110

Phone: (239) 591-8481
Fax: (239) 596-0212
www.kidsmedicalcare.com

CONSENTIMIENTO PARA RECIBIR TEXTO O EMAIL

KIDS' MEDICAL CARE desea ofrecerle la mejor calidad de servicio. Ahora tenemos la capacidad de mandar texto o mandar emails para varias comunicaciones relacionadas con la salud. **No** vamos a dar ninguna información de salud por texto o por email. **No** respondaremos a ninguna comunicación sobre preguntas médicas a través de texto o email. Sin embargo, podremos usar texto o email para:

- Recordatorios de citas
- Recordatorios físicos anuales
- Recordatorios de vacunación
- Información general sobre la salud;
- Cuestionario de su experiencia;
- Y para ponernos en contacto para que nos llames.

Por favor de poner sus iniciales de su consentimiento:

Si ___ No ___ Yo doy mi consentimiento para recibir mensajes de texto.

Si ___ No ___ Yo doy mi consentimiento para recibir comunicaciones por email.

Si ___ No ___ Entiendo que yo puedo revocar este consentimiento por escrito solamente.

Si ___ No ___ Entiendo que no puedo comunicar información o preguntas médicas usando texto o email. Cualquier duda médica deberá ser comunicada por teléfono solamente.

Si ___ No ___ Tengo entendido que este servicio se proporciona sin costo pero su plan celular puede cobrar por mensajes de texto. Póngase en contacto con su plan telefonico para obtener más información.

Celular #1 _____ Celular #2: _____

Email #1: _____ Email #2: _____

Nombre del Paciente _____

Impresión de los padres o

Nombre del tutor legal: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Fecha: _____

Firma: _____

Relación: _____

Testigo: _____

Registro Médico #: _____