

Acct: \_\_\_\_\_

## Información de Consentimiento del Portal de Pacientes y de Mensajes de Texto

**Reconocimiento y Aceptación del paciente:** Yo reconozco que he leído y entendido completamente este formulario de consentimiento. Entiendo los riesgos asociados con el uso del correo electrónico y mensajes de texto como una forma de comunicación entre el personal VIPMS y yo, y el consentimiento a las condiciones e instrucciones indicadas, así como cualquier otra instrucción que VIPMS puede imponer para comunicarse conmigo por correo electrónico o mensaje de texto. Reconozco que los recordatorios de citas de texto son un servicio adicional y que estos no pueden llevarse a cabo en todas las ocasiones, y que la responsabilidad de asistir a sus citas o cancelarlas sigue correspondiendo a mí. Puedo cancelar el servicio de mensajes de texto en cualquier momento. VIPMS no es responsable de los cargos impuestos por mi proveedor de servicios telefónicos inalámbricos.

---

**Marque la que corresponda.** Deseo recibir comunicaciones y recordatorios de citas a través de:

llamada de teléfono/correo de voz en el número de teléfono: \_\_\_\_\_

mensaje de texto (SMS) en el número celular: \_\_\_\_\_

Prefiero recibir los mensajes en la:  mañana  tarde  noche

SÓLO correo electrónico, enviado a esta dirección: \_\_\_\_\_

No deseo recibir comunicaciones electrónicas en este momento.

---

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Nombre de Padre/tutor legal: \_\_\_\_\_

Firma de Padre/tutor legal: \_\_\_\_\_ Fecha de hoy : \_\_\_\_\_

Por favor escriba los nombres y fechas de nacimiento de cualquier paciente adicional aquí:

FOR OFFICE USE ONLY

Witness: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_