COLORADO RETINA

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO PARA COMUNICACIÓN CON EL PACIENTE

En Colorado Retina Associates, nos esforzamos por brindarle una atención excelente y una comunicación oportuna. Al firmar este formulario, usted otorga su consentimiento para recibir mensajes de Colorado Retina sobre sus citas programadas y no programadas a través de los siguientes métodos:

- Correo electrónico
- SMS (mensajes de texto)
- Llamadas telefónicas

Detalles del consentimiento:

- Al proporcionar su información de contacto, usted acepta recibir comunicaciones de Colorado Retina relacionadas con recordatorios de citas, actualizaciones de programación y otras notificaciones relevantes.
- **Mensajes SMS:** Es posible que reciba mensajes de texto con recordatorios y actualizaciones de citas. La frecuencia de los mensajes puede variar. Pueden aplicarse las tarifas estándar de mensajes y datos.
- **Opción de exclusión voluntaria:** Puede responder con la palabra **STOP** en cualquier momento para no recibir más mensajes de texto de Colorado Retina. Para obtener ayuda adicional, puede responder con la palabra **HELP** o bien, póngase en contacto directamente con nuestra oficina al 303-261-1600.
- **Política de privacidad:** Para obtener más información sobre cómo protegemos su información, consulte nuestra política de privacidad disponible en nuestro sitio web en https://www.retinacolorado.com/

Acuse de recibo del paciente:

Entiendo que pueden aplicarse tarifas de mensajes y datos, y que puedo excluirme de los mensajes de texto en cualquier momento respondiendo con la palabra **STOP**. Asimismo, reconozco que he sido informado sobre la política de privacidad de Colorado Retina.

Acepto recibir comunicaciones por SMS, correo electrónico o llamada telefónica de Colorado Retina al proporcionar mi información de contacto y firmar a continuación:

Nombre del paciente en letra de imprenta:_____

Número de teléfono celular (si es diferente de la página de datos demográficos):_____

X_____

FIRMA del garante/parte responsable:_____

Si es el representante legal, indique su relación con el paciente:_____