

Consentimiento para mensajes de texto (SMS) OPCIONAL

Marque la casilla solo si desea recibir mensajes de texto. Recibirá atención la marque o no.

Nombre del paciente en letra de molde — OBLIGATORIO	Fecha de nacimiento
Número de celular	

☐ Acepto recibir mensajes SMS con recordatorios y confirmaciones de citas, así como mensajes bidireccionales de atención al cliente de AnaWell Care sobre programación de citas, solicitudes de devolución de llamada y preguntas administrativas de la clínica al número móvil que proporciono. La frecuencia de los mensajes varía. Pueden aplicarse tarifas de mensajes y datos. Responda STOP para dejar de recibir mensajes o HELP para obtener ayuda. El consentimiento es opcional y no es una condición para recibir atención. No venderemos ni compartiremos información móvil con terceros para fines promocionales o de mercadeo.

Cuando registremos este formulario, intentaremos enviar un mensaje de confirmación desde el (786) 905-0041 a este número, a menos que ya esté inscrito en nuestros mensajes. Responda STOP en cualquier momento para dejar de recibir mensajes, o HELP para obtener ayuda.

Privacidad: <https://anawellcare.com/privacy?lang=es>
Términos de SMS: <https://anawellcare.com/messaging-terms?lang=es>

Firma del paciente	Fecha
Representante autorizado, si corresponde	
Nombre del representante en letra de molde	Relación con el paciente
Firma del representante autorizado	Fecha

Para el personal: registrado en el portal (Record a signed paper form) por _____ el ____/____/____ .
Escaneado en el expediente médico []