



Express Pediatric Care

DOCUMENTO DE HIPAA PARA MENSAJES DE TEXTO Y LLAMADA TELEFÓNICAS/CORREO DE VOZ

Nombre de Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Autorizacion de Divulgacion Para el Padre / Tutor

Nuestra oficina va a implementar un nuevo sistema que nos dejará comunicar con los pacientes sobre información de citas, recordatorios de citas, y resultados de laboratorios e imágenes. Podremos mandarles información sobre cierre de oficinas, advertencias de vacunas o actividades de oficina.

En la parte de abajo pongan las iniciales al lado de cada uno que acepten participar.

Por favor dénos el número de teléfono casero, teléfono móvil, y correo electrónico más recien.

___ Doy permiso para dejar mensajes de correo de voz, incluida información sobre citas de seguimiento, consulta de salud, y resultados de pruebas.

___ Doy permiso para recibir mensajes de texto en mi teléfono, incluida información sobre los requisitos de seguimiento, recordatorios de citas e información de cierre de la oficina.

___ Doy permiso para recibir mensajes de correo electrónico, incluida información sobre los requisitos de seguimiento, recordatorios de citas e información de cierre de la oficina.

Numero de telefono casa

Numero movil

Correo Electronico

Nombre de Padre / Tutor

Firma de Padre / Tutor

Fecha de hoy



Express Pediatric Care

HIPAA RELEASE FORM FOR TEXT MESSAGING AND PHONE CALLS/VIDEO CALLS

Patient Name: _____ DOB: _____

Disclosure Authorization for Parent/ Guardian

Our office will be updating to a new system which will allow us to communicate with our patients about information on appointments, appointments reminders and scheduling. We'll be able to inform all patients on the latest information on closing and or office activities that our patients should be aware of.

Below please put your initials beside each communication option you accept and sign below.

Please provide the most up-to-date home phone, cellular number, email.

_____ I give permission to leave voicemail messages on my phone, including information about follow-up requirements, health inquiries, and test results.

_____ I give permission to receive text messages on my cellular device, including information about follow-up requirements, health inquiries, and test results.

_____ I give permission to receive messages by email, including information about follow-up requirements, health inquiries and test results.

Home Phone Number

Cellphone Number

Email Address

Parent/ Guardian Name

Signature

Todays Date