



¡Vamos a conectarnos!

¿Cuál es su preferencia: mensaje de texto, correo electrónico y correo de voz?

El formulario adjunto le pide que autorice su elección de "configuración de comunicación". Seleccione las diversas formas en que permitirá que Cook Children's le envíe información sobre las visitas de atención primaria y/o especializadas de su hijo.

Esto incluye:

- Recordatorios de citas
- Resultados de las pruebas
- Información sobre la oficina
- Cierres y cancelaciones de emergencia (disponible solo por texto)

Cómo seleccionar su configuración de comunicación preferida:

1. Completar el formulario de consentimiento adjunto en una oficina de Cook Children's.
2. Una vez que haya completado el formulario, devuélvalo al personal de recepción.

Cosas a tener en cuenta:

1. Su selección pertenece a TODA comunicación con Cook Children's. Por ejemplo: si completa un formulario en su consultorio de atención primaria que indica que le gustaría comunicarse por correo electrónico, también se le enviará por correo electrónico cualquier comunicación relacionada con sus citas de atención especializada de Cook Children's o pruebas en el centro médico.
2. Cook Children's utiliza mensajes de texto exclusivamente para notificar a las familias sobre cancelaciones de emergencia y cierres de oficinas. Si opta por no recibir mensajes de texto, esto evitaría que reciba un mensaje de texto si tenemos que cancelar su cita con poca anticipación, debido a un evento climático u otro tipo de emergencia.

Si tiene preguntas o preocupaciones adicionales, por favor, pregúntele a nuestro personal de recepción.



Autorización para enviar mensajes de correo de voz, correo electrónico y mensajes de texto

Además de la información contenida en el Reconocimiento de Prácticas de Privacidad de Cook Children's, doy permiso para que el personal de Cook Children's se comunique conmigo de la manera indicada a continuación por razones relacionadas con la atención médica de mí/mi hijo. Me doy cuenta de que podría no ser la única persona que escuche un mensaje de correo de voz sobre mí/mi hijo y que los correos electrónicos y mensajes de texto no se cifrarán por lo que existe cierto riesgo de que la información en los correos electrónicos y/o mensajes de texto podría ser leída por un tercero.

Usted puede autorizarnos a comunicarnos con usted de cualquiera, todas o ninguna de las siguientes maneras y cualquier autorización que conceda se considerará válida hasta que sea revocada por usted:

MENSAJE DE VOZ

Sí, Doy mi permiso para que dejen mensajes en el contestador automático y/o teléfono celular por razones como se indicó anteriormente.

_____ **Número de casa** para mensajes

_____ **Número de Celular** para mensajes

No, no dejen mensajes sobre mí/mi hijo en mi contestador automático y/o teléfono celular.

CORREO ELECTRÓNICO

Sí, Doy mi permiso para que me envíen correos electrónicos por razones como se indicó anteriormente.

_____ **Correo Electrónico** para mensajes

No, no me envíen mensajes de correo electrónico sobre mí/mi hijo.

MENSAJES DE TEXTO

Sí, Doy mi permiso para que me envíen mensajes de texto por razones como se indicó anteriormente.

_____ **Número** para mensajes de texto

No, no me envíen mensajes de texto sobre mí/mi hijo.

Por favor, escoja Sí o No para cada tipo de comunicación anteriormente detallada y complete el área a continuación, incluyendo la firma.

Nombre del paciente (por favor, letra molde)

Fecha de nacimiento

Firma del representante legalmente autorizado del paciente

Fecha

Nombre en letra molde del representante autorizado

Parentesco al paciente

Testigo

Fecha