# HOLLAND PEDIATRIC ASSOCIATES, PLC

926 Washington Ave., Building C • Holland, MI 49423 • www.hollandpediatrics.com • P: 616.393.0166 • F: 616.393.0167


# CONSENTIMIENTO PARA DEJAR MENSAJES DE CORREO DE VOZ Y NOTIFICACIONES

## NIÑOS

Lista de todos los niños (menores de 18) que son pacientes en Holland Pediatric Associates, PLC (HPA):

| Primer Nombre | Apellido | Fecha de Nacimiento |
|---|---|---|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

## CONSENTIMIENTO PARA DEJAR MENSAJES DE CORREO DE VOZ

Esta sección le permite autorizar para que el personal de HPA deje mensajes de correo de voz con respecto a análisis de laboratorio, medicamentos y otra información médica para mis hijos en la lista.

☐ ¡SÍ! Autorizo al personal de HPA a dejar mensajes de correo de voz como se indicó anteriormente.

| | NÚMERO DE TELÉFONO | TIPO (casa, móvil de papá, móvil de la abuela) |
|---|---|---|
| Primario # | | |
| Secundario # | | |
| Terciario # | | |

☐ ¡NO! No autorizo al personal de HPA a dejar mensajes de correo de voz como se indicó anteriormente.

## CONSENTIMIENTO PARA NOTIFICACIONES

Esta sección le permite autorizar a HPA para que entregue los siguientes tipos de mensajes por texto, correo electrónico o llamada telefónica utilizando un sistema telefónico automatizado: Recordatorios de citas, como citas programadas, vencimiento de una cita y citas estacionales, y recordatorios de saldo pendiente para mis hijos enumerados.

☐ ¡ NOTIFÍQUEME! Elija ***UN*** método preferido.

*NOTA: Si se marcan varios métodos, el texto será el predeterminado.*

☐ Texto _____ (Número) _____ (Tipo (es decir móvil de papá, etc.))

☐ Correo Electrónico _____ (Imprima con claridad y verifique que su correo electrónico sea correcto.)

☐ Phone Call _____ (Número) _____ (Tipo (es decir casa, móvil de papá, etc.))

☐ ¡NO ME NOTIFIQUES! Rechazar/Revocar

*Si rechaza/revoca esto, no recibirá recordatorios de citas.*

Fecha rechazada/revocada: _____

## FIRMA

Ambas secciones (Consentimiento para Dejar Mensajes de Correo de Voz Y Consentimiento para Notificaciones) deben completarse antes de firmar.

**NOTA:** Los padrastros no pueden firmar por hijastros. SÓLO los padres biológicos / adoptivos y los tutores legales pueden firmar.

Nombre (impreso): _____ (Primer Nombre / Apellido) Relación con el Paciente(s): _____

Firma: _____ La Fecha de Hoy: _____