



**VALLEY INTENSIVISTS, PULMONOLOGISTS AND
SLEEP SPECIALISTS**

1200 E. Savannah Ave. Suite 12
McAllen, TX 78503
Tel: (956) 688-6300 Fax: (956) 688-6303

CONSENTIMIENTO DE COMUNICACIÓN DEL PACIENTE

PROPÓSITO

Para asegurar una comunicación efectiva con respecto a su atención, podremos comunicarnos con usted utilizando los métodos que autorice a continuación.

CONSENTIMIENTO DE COMUNICACIÓN

Al firmar este documento, usted autoriza a Valley Intensivists, Pulmonologists and Sleep Specialists (VIPS) a comunicarse con usted para fines que incluyen, entre otros:

- Recordatorios y confirmaciones de citas
- Instrucciones de seguimiento
- Resultados de estudios y actualizaciones clínicas
- Comunicaciones relacionadas con facturación y cuenta

MÉTODOS DE COMUNICACIÓN

Usted autoriza a VIPS a comunicarse con usted por medio de los siguientes métodos:

- Llamada telefónica
- Correo de voz (puede incluir información limitada de salud)
- Mensaje de texto (SMS)
- Correo electrónico
- Portal del Paciente

INFORMACIÓN IMPORTANTE

- Pueden aplicarse tarifas estándar de mensajes y datos para los mensajes de texto.
- Aunque tomamos medidas razonables para proteger su información, la comunicación electrónica (texto/correo electrónico) puede no ser completamente segura.
- Puede optar por dejar de recibir mensajes de texto o correos electrónicos en cualquier momento notificando a nuestra oficina.

DECLARACIÓN DEL PACIENTE

Entiendo y acepto los métodos de comunicación seleccionados anteriormente y autorizo a VIPS a utilizarlos para comunicarse conmigo con respecto a mi atención.

Nombre del paciente: _____

Firma: _____ Fecha: _____