

Formulario de consentimiento y opción para recibir mensajes de texto

El Programa de Salud del Seno, Cérvix y Colon de Salud Pública (BCCHP, por sus siglas en inglés) le ofrece a usted como paciente la opción de mandarle mensajes de texto para proporcionarle información importante, recordarle de sus citas o comunicarnos con usted.

BCCHP solamente manda textos con este propósito. El paciente puede optar por no recibir más textos en cualquier momento enviándonos un texto con la palabra “**Stop**” (“**Pare**”) al **206-375-0584**.

BCCHP no cubre el costo que su compañía de teléfono pudiera cobrarle por recibir mensajes de texto. Se aplican las tarifas estándar de mensajes de texto.

En ocasiones, los mensajes de texto pueden perderse o ser interceptados antes de llegar a su teléfono. Por lo tanto, BCCHP no puede garantizar que usted recibirá los mensajes.

Salud Pública de Seattle & el Condado de King recomienda enfáticamente que usted proteja su teléfono con una contraseña, para evitar que otras personas lean sus mensajes de texto.

Es importante que nos informe si su número de teléfono celular cambia.

Al incluir mi número de teléfono celular y mi firma a continuación, acepto recibir mensajes de texto del programa BCCHP.

Entiendo que este formulario de consentimiento vence a los 12 meses a partir de la fecha en que es firmado. Debo reinscribirme a los servicios de BCCHP después de 12 meses para seguir recibiendo servicios.

Nombre del Paciente: _____

Teléfono Celular: _____ Relación: paciente, otro: _____

Firma del Paciente: _____ Fecha _____

Nombre de Contacto de Emergencia: _____ Relación: _____

Teléfono Celular del Contacto de Emergencia: _____ Fecha _____