

# CONSENTIMIENTO EXPRESO PREVIO

Estoy de acuerdo, al proporcionarle a Brighton Pediatrics los números de el teléfono fijo o celular, doy autorización expresa para ser contactado en estos numeros con respect a mi cita, facturación/cuenta, información sobre seguros, cobro de deudas, o cualquier otra información necesaria para las operaciones de atención medica y de negocios, , asi como autorizar tal contacto por nuestros agentes o cesionarios, incluyendo, pero no limitado a hospitals, proveedores de salud, proveedores de referencia, seguros y agencias de cobro. Esta autorización expresa tambien aplica a cualquier numero de telefono fijo o celular que adquiera en el futuro. Brighton Pediatrics también puede contactarle mediante el envio de mensajes de texto o correos electrónicos, utilizando cualquier dirección de correo electrónico que usted nos proporciona. Los metodos de contacto pueden incluir mensajes de voz, utilizando mensajes de voz pregrabados/artificiales y el uso de un dispositivo de marcación automática. Proporcionar su número(s) de teléfono o correo electrónico(s) es una condición para recibir nuestros servicios para operaciones de atención médica.

Favor de anotar todos los nombres y fechas de nac. de los ninos asociados con su cuenta/numero de telefono.

**Nombre del Nino(a)**

**Fecha de Nacimiento**

---

---

---

---

---

---

---

---

**Persona Autorizada para Conctactar**

**Relacion**

**Num de Teléfono**

**Casa** **Celular**

1. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Correo Electrónico(s)** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

He leído esta descripción y de acuerdo en que podemos ser contactados con lo descrito anteriormente en los número(s) de teléfono fijos, celular, o correo electrónico(s) anotados.

\_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_

Fecha

---

Imprimir Nombre