CIFC Health

Formulário de Consentimento para Comunicação com o Paciente

Na CIFC Health, nos esforçamos para lhe oferecer um atendimento de excelência e uma comunicação ágil. Ao assinar este formulário, você consente em receber mensagens da CIFC Health, incluindo lembretes de consultas, atualizações de agendamento, resultados de exames e outras informações relacionadas à saúde, pelos métodos abaixo.

Consentimento de Contato

Ao fornecer suas informações de contato, você autoriza que entremos em contato pelas formas que você marcar abaixo:

Celular: _____

☐ SMS ☐ Mensagem não confidencial ☐ Mensagem detalhada ☐ Não deixar mensagem

Residencial: _____

☐ SMS ☐ Mensagem não confidencial ☐ Mensagem detalhada ☐ Não deixar mensagem

Trabalho: _____

☐ SMS ☐ Mensagem não confidencial ☐ Mensagem detalhada ☐ Não deixar mensagem

Endereço de E-mail: _____

Ao fornecer seu endereço de e-mail, você terá acesso ao portal do paciente e consente em receber comunicações por e-mail.

☐ Ao marcar esta caixa, recuso o acesso ao portal do paciente e o recebimento de mensagens por e-mail

Mensagens Eletrônicas

☐ Ao marcar esta caixa, reconheço:

- A frequência das mensagens pode variar
- Tarifas padrão de mensagens/dados podem ser aplicadas para SMS
- Posso optar por não receber mensagens de texto a qualquer momento, respondendo PARAR
- As operadoras não são responsáveis por mensagens atrasadas ou não entregues
- Política de Privacidade: Para mais informações sobre como protegemos suas informações, por favor, consulte nossas práticas de privacidade disponíveis em nosso site em https://www.cifc.org/home-page/page/website-disclaimer

Contatos Autorizados

Pessoas autorizadas com quem podemos compartilhar suas informações pessoais de saúde (PHI):

Nome: _____ **Relação:**_____

Telefone: _____

Compartilhar Informações: ☐ Somente Contato de Emergência ☐ Autorizo compartilhar todas as Informações de Saúde Protegidas (PHI) ☐ Autorizo compartilhar informações de Saúde Comportamental e Transtornos por Uso de Substâncias

Nome: _____ **Relação:**_____

Telefone: _____

Compartilhar Informações: ☐ Somente Contato de Emergência ☐ Autorizo compartilhar todas as Informações de Saúde Protegidas (PHI) ☐ Autorizo compartilhar informações de Saúde Comportamental e Transtornos por Uso de Substâncias

Nome: _____ **Relação:**_____

Telefone: _____

Compartilhar Informações: ☐ Somente Contato de Emergência ☐ Autorizo compartilhar todas as Informações de Saúde Protegidas (PHI) ☐ Autorizo compartilhar informações de Saúde Comportamental e Transtornos por Uso de Substâncias

Reconhecimento

Eu entendo que:

- Este consentimento não expira. Posso solicitar alterações nas minhas preferências de comunicação e contatos a qualquer momento
- A CIFC Health fará esforços razoáveis para respeitar minhas preferências
- Algumas comunicações ainda podem ser necessárias para tratamento ou operações

Nome do Paciente: _____Data: _____ / _____ / _____

Assinatura do Paciente ou do Pai/Mãe/Responsável Legal: _____

Nome Impresso do Pai/Mãe ou Responsável Legal (se assinado acima):

_____