

## Firma de Autorizacion Para Correo Electronico O Uso De Textos

Autorizacion para Correo Electronico o uso de Texto, para Recordatorio oh comunicacion para cuidado de salud. Clientes que estan en el Programa Indigente del Condado de McLennan, pueden ser contactados por correo electronico, o por un mensaje por texto , para alertar, o recordar al cliente con informacion que pertenesca al Programa Indigente de su caso.

Si en cualquier momento, yo sumeto un correo electronico, o una direccion de texto donde me puedan contactar, yo autorizo recibir textos, o correos electronicos para recordarme o darme informacion de cuidado de sauld de este departamento.

\_\_\_\_\_ (Iniciales del Cliente) Yo autorizo recibir mensajes por textos del Programa Indigente del Condado de McLennan a mi celular o a cual quier otro numero, o correo de voz que yo eh sometido para comunicarse conmigo, como eh autorizado. Yo entiendo que esta solicitud para recibir correos electronicos o mensajes de texto, seran applicados para el futuro, recordatorios, y informacion, solo que yo solicite en escrito cambios. (Favor de mirar abajo en la seccion de Revocacion para ser cambios.)

El numero de telefono que yo autorizo para recibir mensajes de texto par recordatorios, informacion, y informacion general de salud es \_\_\_\_\_.

El correo electronico que yo autorizo para recibir mensajes, informacion, recordatorios, o informacion general de salud es \_\_\_\_\_.

En el evento que su numero de telefono cambie, es su responsabilidad de hablar y reportar al departamento del Programa Indigente del Condado de McLennan de su cambio.

Este departamento no cobra para estos servicios, pero los reditos para mensajes de texto, podrian ser aplicados depende de su plan de servicio. (Mejor haga contacto con su proveedor de servicio y pregunte de su plan y detalles).

Nombre de Cliente (Letras en Molde)\_\_\_\_\_

Firma del Cliente(Signatura)\_\_\_\_\_

Fecha\_\_\_\_\_

## Firma de Autorizacion Para Correo Electronico O Uso De Textos

### Revocacion:

\_\_\_ Yo revoco o renuncio mi solicitud para comunicacion futura, para correo electronico, mensajes de texto.

\_\_\_ Yo revoco o renuncio mi solicitud para recibir en el futuro recordatorios, informacion, y informacion en general de salud por via correo electronico.

Nota: Esta revocacion o renuncia aplica solo para comunicacion del Programa Indigente del Condado de McLennan.

Client Name: \_\_\_\_\_

Firma del Cliente o Representante del Cliente: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_