



## **Formulario de Consentimiento por Mensaje de Texto y Correo Electrónico**

Por la presente doy mi consentimiento para que la práctica envíe mensajes de texto a mi número de teléfono móvil \_\_\_\_\_ y correos electrónicos a mi cuenta de correo electrónico \_\_\_\_\_, con el propósito de información médica y recordatorios de citas. Me aseguraré de mantener informada a la práctica de mi número de teléfono móvil y cuentas de correo electrónico actualizados en todo momento, o si el número ya no está en mi poder..

Si no puedo asistir a una cita, llamaré a la oficina al menos 24 horas antes de cualquier cita programada para cancelarla.

**Nombre del Paciente:**

**Firma del Padre/Tutor:**

**Fecha:**

