

## Consent to Text and E-mail Communication

We now have the ability to email and/or text you, regarding various functionalities of our healthcare record system.

I consent to receiving appointment reminders and other healthcare communications/information from **Digestive Medicine Associates**. I understand that this consent includes authorization for the communication of Protected Health Information via text message and/or email.

\_\_\_\_\_ (**Patient initials**) I consent to receive text messages from the practice at my cell phone and any number forwarded or transferred to that number. The **cell phone number** that I authorize to receive text messages for appointment reminders, feedback, and general health reminders/information is  
( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (**Patient initials**) I consent to e-mails, to receive communications as stated above. The **email** that I authorize to receive email messages for appointment reminders and general health reminders/feedback/information is  
\_\_\_\_\_.

-I understand that this request to receive emails and/or text messages will apply to all future appointment reminders/feedback/health information unless I request a change in writing.

Patient's Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

*\*The practice does not charge for this service, but standard text messaging rates may apply as provided in your wireless plan (contact your carrier for pricing plans and details).*

---

## Consentimiento para la comunicación de texto y correo electrónico

Ahora tenemos la capacidad de enviarle correos electrónicos y / o mensajes de texto, con respecto a varias funcionalidades de nuestro sistema de registro de atención médica.

Doy mi consentimiento para recibir recordatorios de citas y otras comunicaciones / información sobre atención médica de **Digestive Medicine Associates**. Entiendo que este consentimiento incluye la autorización para la comunicación de información de salud protegida por mensaje de texto y / o correo electrónico.

\_\_\_\_\_ (**Iniciales del paciente**) Doy mi consentimiento para recibir mensajes de texto de la práctica en mi teléfono celular y cualquier número reenviado o transferido a ese número. El **número de teléfono celular** que autorizo para recibir mensajes de texto para recordatorios de citas, comentarios y recordatorios / información general de salud es ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (**Iniciales del paciente**) Doy mi consentimiento a los correos electrónicos para recibir las comunicaciones como se indica anteriormente. El **correo electrónico** que autorizo para recibir mensajes de correo electrónico con recordatorios de citas y recordatorios / comentarios / información de salud general es  
\_\_\_\_\_.

-Comprendo que esta solicitud para recibir correos electrónicos y / o mensajes de texto se aplicará a todos los recordatorios de citas futuras / comentarios / información de salud a menos que solicite un cambio por escrito.

Firma del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

*\* La práctica no cobra por este servicio, pero es posible que se apliquen tarifas de mensajería de texto estándar según lo estipulado en su plan de servicio móvil (comuníquese con su operador para conocer los planes y detalles de precios).*