

## Consentimiento Recordatorio de citas

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ DOB: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

---

Complete este formulario y firme a continuación para dar su permiso a Lake Ridge Physical Therapy, LLC (dba Fusion Physical Therapy) para que proporcione una cita automática servicio de recordatorio por correo electrónico o mensaje de texto del teléfono celular.

### Paso uno: Seleccione una opción a continuación

- Lake Ridge Physical Therapy, LLC (dba Fusion Physical Therapy) puede enviar mensajes de correo electrónico para confirmar mis próximas citas a \_\_\_\_\_.
- Lake Ridge Physical Therapy, LLC (dba Fusion Physical Therapy) puede enviar mensajes de texto del teléfono celular para confirmar mis próximas citas a \_\_\_\_\_.  
**\*\*\*Reconozco que pueden aplicarse tarifas normales de mensajes de texto.\*\*\***
- No quiero recordatorios de texto o correo electrónico.

### Paso dos: si desea recibir mensajes de texto en lugar de recordatorios por correo electrónico, indique su proveedor de servicio de telefonía móvil.

No podemos configurar su cuenta para enviar recordatorios de mensajes de texto por correo electrónico sin conocer a su proveedor de telefonía celular. Por favor, indique su proveedor a continuación, si desea recordatorios de mensajes de texto:

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> ALLTel           | <input type="checkbox"/> Qwest         |
| <input type="checkbox"/> AT&T             | <input type="checkbox"/> Sprint PCS    |
| <input type="checkbox"/> Boost Mobile     | <input type="checkbox"/> T Mobile      |
| <input type="checkbox"/> Cingular         | <input type="checkbox"/> US Cellular   |
| <input type="checkbox"/> Cricket Wireless | <input type="checkbox"/> Verizon       |
| <input type="checkbox"/> Metrocall        | <input type="checkbox"/> Virgin Mobile |
| <input type="checkbox"/> MetroPCS         | <input type="checkbox"/> Other:        |
| <input type="checkbox"/> Nextel           |  |

### Paso tres: Verifique la dirección de correo electrónico y el número de teléfono móvil en el archivo.

Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_

Número de teléfono móvil: \_\_\_\_\_

---

Firma del paciente o tutor

---

Fecha