

## Spotsylvania Oral Surgery

### CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE PARA RECIBIR CORREO Y/O MENSAJES TELEFONICOS

\_\_\_\_\_  
Letra Imprenta (Apellido) (Nombre) (Segundo Nombre)

Por favor déjenos saber si tenemos permiso para:

1. Enviarle por correo la fecha de su cita? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_
2. Dejarle un mensaje de voz o escribirle a su correo electrónico con respecto a su cita, su información dental o su información financiera? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Doy permiso para compartir cualquier información acerca de mi cita, mi información dental o información financiera con la (s) siguiente (s) persona (s):

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente/persona responsable

\_\_\_\_\_  
Fecha

Declaración del Anuncio de las Prácticas Privadas:

He leído o recibido una copia del Anuncio de las Prácticas Privadas, el cual tiene fecha de efectividad, Abril 14 de 2003.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente/persona responsable

\_\_\_\_\_  
Fecha