

**Autorización para hacer llamadas automáticas a teléfonos móviles**  
**(Mobile Phone Consent Form – Spanish)**

**Favor de escoger una de las siguientes opciones:**

- Sí** autorizo a los Hospitales y Clínicas Children's de Minnesota y a sus afiliados o contratistas a comunicarse conmigo al número de teléfono móvil que aparece en el registro del hospital a través de mensajes pregrabados, sistemas telefónicos automatizados y/o mensajes de texto para fines relacionados con los cuidados médicos, el tratamiento, los servicios o la facturación.
- No** autorizo a los Hospitales y Clínicas Children's de Minnesota y a sus afiliados o contratistas a comunicarse conmigo al número de teléfono móvil que aparece en el registro del hospital a través de mensajes pregrabados, sistemas telefónicos automatizados y/o mensajes de texto para fines relacionados con los servicios que recibo o la facturación.

---

**Entiendo y acepto lo siguiente:**

- **Costos.** La compañía que provee mi servicio de internet o telefonía móvil podría facturarme según sus propias tarifas de cobro de mensajes de texto o uso de minutos.
- **Privacidad y seguridad.** Recibir mensajes de voz o de texto de Children's podría afectar la privacidad y la seguridad de la información de salud protegida. Ni los mensajes de voz ni los de texto están encriptados. La encriptación de la información garantiza la seguridad de la misma. Es posible que la información contenida en mensajes de texto o de voz no esté segura.
- **Revocación de la autorización:** La presente autorización estará vigente hasta que yo informe a Children's que ya no quiero recibir mensajes en mi teléfono móvil. Notificaré a Children's si ya no quiero recibir mensajes en mi teléfono móvil.
- **Cambio del número de teléfono:** En caso de cambiar mi número de teléfono móvil, informaré a Children's de dicho cambio.

---

**Nombre del paciente:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

**Firma del tutor legal:** \_\_\_\_\_ **Nombre del tutor en letra de molde:**

\_\_\_\_\_

**Parentesco con el paciente:** \_\_\_\_\_ **Nombre del intérprete (si se utiliza)** \_\_\_\_\_

**Consentimiento verbal obtenido por (nombre/fecha/puesto):** \_\_\_\_\_



PLACE PATIENT LABEL HERE