



**Magellan Behavioral Health of Pennsylvania, Inc.**  
**Administración de la atención para Pennsylvania HealthChoices**  
**Condados de Bucks, Cambria, Delaware, Lehigh, Montgomery y Northampton**

**Consentimiento para recibir recordatorios de citas por mensajes de texto**

**Complete todas las secciones de este formulario y envíelo por correo electrónico a [textconsent@magellanhealth.com](mailto:textconsent@magellanhealth.com) o por fax al:**

Si es un miembro de los condados de Bucks, Montgomery o Delaware: 866-667-7744.

Si es un miembro de los condados de Lehigh o Northampton: 866-382-1258.

Si es un miembro del condado de Cambria: 866-667-7744.

Los cuidados posteriores a una hospitalización son importantes para su salud. Al firmar este documento, acepta que Magellan Behavioral Health of Pennsylvania, Inc. (Magellan) le envíe recordatorios por mensajes de texto con la fecha de la cita, el horario cuando esté disponible, el proveedor y el lugar de su primera cita. Magellan no cobra ninguna tarifa por enviar mensajes de texto, pero su proveedor de plan de datos, sí. Para dejar de recibir estos mensajes, puede enviar la palabra "STOP" para cancelar el servicio en cualquier momento.

**Núm. de teléfono celular (incluya el código de área) para recibir los mensajes de texto:** \_\_\_\_\_

Apellido del miembro: \_\_\_\_\_ Nombre del miembro: \_\_\_\_\_

Número de ID de asistencia médica del miembro: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento del miembro: \_\_\_\_\_

Dirección del miembro: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Condado:  Bucks  Cambria  Delaware  Lehigh  Montgomery  Northampton

Marque una casilla:  Soy el miembro  Tengo el derecho legal de actuar en representación de esta persona.

Marque una casilla: Soy su:  Padre/Madre  Tutor, U  Otro: \_\_\_\_\_

**Acepto** recibir mensajes de texto con la fecha y el lugar de mi primera cita de seguimiento luego de salir del hospital. Entiendo que los mensajes no se pueden enviar de manera segura y que pueden ser vistos por cualquier persona que use mi teléfono. Si pierdo el teléfono o cambio de número, se lo informaré a Magellan.

\_\_\_\_\_  
Firma o marca del miembro

\_\_\_\_\_  
Fecha

**Representante autorizado** significa que usted tiene evidencia legal para actuar en representación de esta persona. El representante firma por la persona que no puede firmar legalmente en su propio nombre. Si usted está firmando en nombre del miembro, complete la sección a continuación. **Si el miembro es menor de 18 años de edad**, su padre/madre o tutor deberán firmar a continuación, además del menor.

\_\_\_\_\_  
Firma de la persona autorizada que firma en nombre del miembro

\_\_\_\_\_  
Fecha

Nombre de la persona autorizada en letra de imprenta: \_\_\_\_\_

Relación con el miembro: \_\_\_\_\_

Dirección completa: \_\_\_\_\_

Núm. de teléfono: \_\_\_\_\_

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con Magellan a los siguientes números:



**Magellan Behavioral Health of Pennsylvania, Inc.**  
**Administración de la atención para Pennsylvania HealthChoices**  
**Condados de Bucks, Cambria, Delaware, Lehigh, Montgomery y Northampton**

Condado de Bucks 877-769-9784	Condado de Cambria 800-424-0485	Condado de Delaware 888-207-2911	Condado de Lehigh 866-238-2311	Condado de Montgomery 877-769-9782	Condado de Northampton 866-238-2312
----------------------------------	------------------------------------	-------------------------------------	-----------------------------------	---------------------------------------	--

Los miembros que tengan dificultades auditivas, pueden comunicarse con nosotros al 7-1-1 mediante el servicio de retransmisión de PA.