

Instrucciones

Consentimiento para recibir recordatorios de citas por mensajes de texto

Formulario de consentimiento para recibir recordatorios de citas por mensajes de texto: Use este formulario para permitirnos que le enviemos recordatorios de citas por mensajes de texto para su primera cita luego de una hospitalización.

Complete el formulario para aceptar que le enviemos recordatorios por mensajes de texto con la fecha de la cita, la hora (cuando esté disponible), el proveedor y el lugar de su primera cita.

Si tiene alguna pregunta sobre este formulario, llame a los números que se listan al final del formulario.

Escriba nombre, dirección, fecha de nacimiento y número de ID de Medicaid del miembro que presta consentimiento a Magellan para que se le envíen recordatorios de citas por mensajes de texto.

En la sección llamada "Marque una casilla", marque la casilla correspondiente para informarnos quién está completando el formulario.

- Si es usted, el miembro, marque la primera casilla.
- Si es alguien que la ley establece que puede actuar en su nombre, entonces debe marcar la segunda casilla.

Firma del miembro

Aquí es donde debe firmar con su nombre y colocar la fecha de firma del formulario. No podemos enviarle recordatorios de citas si no firma el formulario.

Firma del representante autorizado (si hubiera)

Esta sección se debe completar si no es usted, el miembro, quien completa el formulario. Si usted tiene evidencia legal para actuar en nombre de esta persona, envíe dicha documentación junto con este formulario.

Tenga en cuenta que no se permiten comentarios personales de ningún tipo, del miembro o de la persona que completa el formulario de consentimiento para el envío de mensajes de texto, en ninguna sección del formulario.