



Magellan Behavioral Health of Pennsylvania, Inc.
Administración de la atención para Pennsylvania HealthChoices
Condados de Bucks, Cambria, 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 o por fax al:

Si es un miembro de los condados de Bucks o Montgomery: 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: _____

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 legal 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 el miembro es menor de 18 años de edad, su padre/madre o tutor deberán firmar en su nombre. Si usted está firmando en nombre del miembro, complete la sección a continuación.

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:

Condado de Bucks 877-769-9784	Condado de Cambria 800-424-0485	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.