

## الكشف عن طرق التواصل والموافقة عليها

تتطلب Advocate Aurora Health (AAH) ربط ضامن لكل حساب خدمة طبية. قد يكون الضامن هو المريض الذي يتلقى الخدمات و قد لا يكون، ولكنه الشخص المسؤول ماليًا عن دفع أي رسوم و/أو أرصدة نظير الخدمات التي يتم تلقيها.

تتواصل AAH مع المرضى بعدة طرق، باستخدام المعلومات التي يوفرها الضامن، بما في ذلك الهاتف الأرضي والهاتف الخليوي والرسائل النصية والبريد الإلكتروني ورسائل الفاكس والبريد.

بالتوقيع أدناه، أنت

١. تقبل وتوافق على تلقي المكالمات الهاتفية والرسائل النصية وغيرها من الاتصالات، بما في ذلك المكالمات التي يتم إجراؤها تلقائيًا والرسائل المسجلة مسبقًا من AAH والجهات التابعة لها والوكلاء والمتعاقدين المستقلين ووكلاء التحصيل. قد تتعلق هذه الاتصالات بالخدمات التي تم تلقيها في AAH والتزاماتك المالية المتعلقة بهذه الخدمات. أفهم أن هذه الموافقة تنطبق على جميع حسابات الخدمات الطبية الحالية والمستقبلية التي أكون الضامن لها.

٢. تترك أن شركة الاتصالات اللاسلكية الخاصة بك قد تحملك تكلفة مثل هذه المكالمات أو الرسائل أو الاتصالات الأخرى.

٣. أفهم أنه من مسؤوليتي إبلاغ AAH إذا اخترت سحب هذا الإن. يمكنني سحب هذه الموافقة في أي وقت عن طريق الاتصال بأي من مرافق AAH الخاصة بنا.

يرجى الاطلاع على إشعار ممارسات الخصوصية الخاص بنا لفهم كيف يمكننا الكشف عن هذه المعلومات.

لقد قرأت وفهمت تمامًا وأوافق على ما ورد أعلاه:

التاريخ: \_\_\_\_\_ الوقت: \_\_\_\_\_ التوقيع: \_\_\_\_\_  
(Date) (Time) (Signature)

اسم الضامن (خطيًا وبشكل واضح): \_\_\_\_\_  
(Guarantor Name (please print))

Interpreter Assistance: If an interpreter assisted, please complete the following: Language: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_ Time: \_\_\_\_\_ Interpreter Name: \_\_\_\_\_ ID #: \_\_\_\_\_

