

## 의사소통 방식 공개 및 동의

Advocate Aurora Health (AAH)는 각 의료 서비스 계정을 보조하는 보증인을 필요로 합니다. 보증인은 환자 수령 서비스일 수도 있고 아닐 수도 있지만, 수령한 서비스에 대한 요금/균형 지불을 재정적으로 책임지는 사람입니다.

AAH는 유선 전화, 핸드폰, 텍스트 메시지, 이메일, 팩스 메시지 및 미국 우편을 포함하는 다양한 방식으로 환자 모집단에 대해 소통하며, 보증인이 제공한 정보를 사용합니다.

밑에 서명하여 귀하는

1. AAH, 계열사, 대행사, 그리고 수집 대행사에서 전화, 텍스트 메시지, 그리고 자동 다이얼 전화 및 사전 녹음 메시지를 받는 것에 승낙 및 동의하게 됩니다. 이러한 커뮤니케이션은 AAH에서 받은 서비스 및 이러한 서비스 관련 재정 의무와 관련이 있을 수 있습니다. 본인은 이 동의가 본인이 보증인인 현재 및 미래의 모든 의료 서비스 계정에 적용됨을 이해합니다.
2. 무선 통신사가 전화, 메시지 또는 기타 통신에 요금을 부과할 수 있다는 점을 이해하십시오.
3. 본인은 이 승인을 철회할 경우 AAH에 알리는 것은 본인의 책임임을 이해합니다. 본인은 모든 AAH 시설에 연락하여 이 동의를 언제든지 철회할 수 있습니다.

본 기관이 이 정보를 어떻게 공개하는지 이해하기 위해 본 기관의 개인정보 처리방침 고지를 읽어 보십시오.

위 내용을 읽었으며 완전히 이해하고 동의합니다.

날짜: \_\_\_\_\_ 시간: \_\_\_\_\_ 서명: \_\_\_\_\_  
(Date) (Time) (Signature)

보증인 성명 (정자체로 작성): \_\_\_\_\_  
(Guarantor Name (please print))

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

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

