

## Método de comunicación divulgación y consentimiento

Advocate Aurora Health (AAH) requiere que se asocie un garante a cada cuenta de servicio médico. El garante puede ser o no el paciente que recibe los servicios, pero es la persona responsable financieramente del pago de cualquier cobro o saldo por los servicios recibidos.

AAH se comunica con su población de pacientes en una variedad de formas, utilizando la información que proporciona el garante, que incluye teléfono fijo, teléfono celular, mensajes de texto, correo electrónico, mensajes de fax y correo de EE. UU.

Al firmar a continuación, usted

1. Consiente y acepta recibir llamadas telefónicas, mensajes de texto y otras comunicaciones, incluidas las llamadas marcadas automáticamente y los mensajes pregrabados de AAH, sus afiliados, agentes, contratistas independientes y agentes de cobro. Estas comunicaciones pueden ser con respecto a los servicios recibidos en AAH y sus obligaciones financieras relacionadas con esos servicios. Entiendo que este consentimiento se aplica a todas las cuentas de servicios médicos actuales y futuras de las que soy el garante.
2. Comprende que es posible que su proveedor de telefonía móvil le cobre por dichas llamadas, mensajes u otras comunicaciones.
3. Entiendo que es su responsabilidad informar a AAH si decide retirar este permiso. Puede retirar este consentimiento en cualquier momento poniéndose en contacto con cualquiera de las instalaciones de AAH.

Consulte nuestro [Aviso de prácticas de privacidad](#) para comprender cómo podemos divulgar esta información.

He leído, entiendo completamente y estoy de acuerdo con lo anterior:

Fecha: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_  
(Date) (Time) (Signature)

Nombre del garante (*letra de molde*): \_\_\_\_\_  
(Guarantor Name (please print))

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

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

