AdvocateAuroraHealth

Chinese (Simplified)

Patient Label Box

沟通方式披露与同意

Advocate Aurora Health（AAH）要求每个医疗服务账户都有一个担保人。担保人可能是也可能不是接受服务的患者，但其是对接受服务的任何费用/余额负有经济责任的个人。

AAH利用担保人提供的信息，以多种方式与患者进行沟通，包括固定电话、手机、短信、电子邮件、传真和美国邮政服务。

进行以下签名，即表明您

1. 同意并接收AAH、其附属机构、代理人、独立承包商和收款代理人的电话、短信和其他通信，包括自动拨打的电话和预录的信息。这些通讯可能是关于在AAH接受的服务以及您与这些服务有关的经济责任。我明白此同意适用于我作为担保人的所有当前和未来的医疗服务账户。

2. 明白您可能会被您的无线运营商收取此类电话、信息或其他通信费用。

3. 我明白，如果我选择撤销此许可，我有责任通知AAH。我可以随时联系AAH的任何机构以撤销此同意。

请参阅我们的《隐私惯例通知》（Notice of Privacy Practice），了解我们将如何披露这些信息。

我已阅读、完全理解并同意上述内容：

日期：_____ 时间：_____ 签名：_____

(Date) *(Time)* *(Signature)*

担保人姓名*（请以印刷体书写）*：_____

(Guarantor Name (please print))

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

Date: _____ Time: _____ Interpreter Name: _____ ID #:_____