AdvocateAuroraHealth

Chinese (Traditional)

Patient Label Box

# 溝通方式披露與同意

Advocate Aurora Health（AAH）要求每個醫療服務帳戶都有一個擔保人。擔保人可能是也可能不是接受服務的患者，但其是對接受服務的任何費用/餘額負有經濟責任的個人。

AAH利用擔保人提供的資訊，以多種方式與患者進行溝通，包括固定電話、手機、訊息、電子郵件、傳真和美國郵政服務。

完成以下簽名，即表明您

1. 同意並接收AAH、其附屬機構、代理人、獨立承包商和收款代理人的電話、短信和其他通信，包括自動撥打的電話和預錄的訊息。這些通訊可能是關於在AAH接受的服務以及您與這些服務有關的經濟責任。我明白，此同意適用于我作為擔保人的所有當前和未來的醫療服務帳戶。

2. 明白您可能會被您的無線運營商收取此類電話、訊息或其他通信費用。

3. 我明白，如果我選擇撤銷此許可，我有責任通知AAH。我可以隨時聯繫AAH的任何機構以撤銷此同意。

*請參閱我們的《隱私慣例通知》（Notice of Privacy Practice），瞭解我們將如何披露這些資訊。*

我已閱讀、完全理解並同意上述內容：

日期：_____ 時間：_____ 簽名：_____

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

擔保人姓名 *（請以印刷體書寫）*：_____

*(Guarantor Name (please print))*

---

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

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