AdvocateAuroraHealth

Ukrainian

Patient Label Box

Згода на використання зазначених способів зв'язку для обміну даними

Правилами Advocate Aurora Health (AAH) передбачена прив'язка Гаранта до кожного профілю пацієнта. Гарантом може виступати пацієнт, якому надаються послуги або інша особа, відповідальна за оплату зборів/витрат за надані послуги.

AAH обмінюється інформацією з пацієнтами, використовуючи способи зв'язку, надані Гарантом: стаціонарний телефон, стільниковий телефон, текстові повідомлення, електронну пошту, факс і пошту США.

Підписавшись нижче, ви:

1. Даєте згоду на вхідні телефонні дзвінки, текстові повідомлення та інші способи обміну інформацією, в тому числі дзвінки за допомогою автонабору і автовідповідача від AAH, афілійованих осіб, агентів, незалежних підрядників та агентів зі збору платежів. Повідомлення можуть стосуватися послуг, наданих AAH, і ваших фінансових зобов'язань по ним. Я розумію, що дана згода поширюється на профілі
   за поточними і майбутніми медичними послугами, Гарантом за якими я виступаю.

2. Розумієте, що за дзвінки, повідомлення або інші способи обміну інформацією ваш оператор зв'язку може стягувати плату.

3. Розумієте, що зобов'язані проінформувати AAH у разі рішення про відкликання згоди. Ви можете відкликати цю згоду в будь-який час, зв'язавшись з будь-якою з установ AAH.

Будь ласка, ознайомтеся з нашим Положення про політику конфіденційності, щоб знати, яка інформація підлягає розголошенню.

Я прочитав (-ла), розумію і згоден (- на) з вищевикладеним:

Дата: _____ Час: _____ Підпис: _____
(Date) *(Time)* *(Signature)*

Ім'я Гаранта *(друкованими літерами)*: _____
(Guarantor Name (please print))

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

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