Planned Parenthood®
Care. No matter what.
Planned Parenthood of West and Northern Michigan

N.º de identificación del paciente:_____

Notificación de prácticas sobre la privacidad en la información de salud
Permiso y consentimiento para comunicación electrónica y extensión

Nombre:_____ Fecha de nacimiento:_____

Dirección de correo electrónico:_____

Número de celular/mensaje de texto:_____

Correo electrónico y mensajería de texto

PPWNM desea comunicarse con usted utilizando su dirección de correo electrónico personal o dispositivo electrónico para mensajería de texto con respecto a los servicios de PPWNM, recordatorios de citas y mensajes de seguimiento sobre su atención médica y programación de pruebas de detección preventivas. Podría incluirse alguna información personal limitada, sin embargo, no se especificará ningún resultado médico o de pruebas.

❒ **Autorizo a PPWNM a comunicarse conmigo utilizando mi correo electrónico o mensajes de texto**

❒ **NO autorizo a PPWNM a comunicarse conmigo utilizando mi correo electrónico o mensajes de texto**

Recaudación de fondos

PPWNM desea comunicarse con usted ocasionalmente utilizando su dirección de correo electrónico personal o dispositivo electrónico para mensajes de texto con respecto a eventos especiales de PPWNM, actividades de recaudación de fondos sin fines de lucro, anuncios sobre políticas públicas sobre la salud de la mujer u otra información de recaudación de fondos. Podría incluirse alguna información personal limitada, sin embargo, toda la información de salud o médica se mantendrá totalmente protegida.

❒ **Autorizo a PPWNM a comunicarse conmigo utilizando mi correo/correo electrónico/mensajes de texto con respecto a recaudaciones de fondos**

❒ **NO autorizo a PPWNM a comunicarse conmigo utilizando mi correo/correo electrónico/mensajes de texto con respecto a recaudaciones de fondos**

Extensión de marketing

Usted tiene derecho a restringir las actividades de extensión de marketing de PPWNM o comunicaciones sobre un producto o servicio que la aliente a comprar o usar un producto o servicio.

❒ **Autorizo a PPWNM a comunicarse conmigo utilizando mi correo/correo electrónico/mensajes de texto con respecto a actividades de extensión de marketing sobre nuevos productos o servicios.**

❒ **NO autorizo a PPWNM a comunicarse conmigo utilizando mi correo/correo electrónico/mensajes de texto con respecto a actividades de extensión de marketing sobre nuevos productos o servicios.**

Firma del paciente_____ **Fecha**_____

Confidential property of Planned Parenthood® of West and Northern Michigan, Inc.