

## Согласие на использование указанных способов связи для обмена данными

Правилами Advocate Aurora Health (ААН) предусмотрена привязка Гаранта к каждому профилю пациента. Гарантом может выступать пациент, которому оказываются услуги, или иное лицо, ответственное за оплату сборов/расходов за оказанные услуги.

Для обмена информацией с пациентами ААН использует способы связи, предоставленные Гарантом: стационарный телефон, сотовый телефон, текстовые сообщения, электронную почту, факс и почту США.

Подписавшись ниже, вы:

1. Даете согласие на входящие телефонные звонки, текстовые сообщения и другие способы обмена информацией, в том числе звонки с помощью автонабора и автоответчика от ААН, аффилированных лиц, агентов, независимых подрядчиков и агентов по сбору платежей. Сообщения могут касаться услуг, оказанных ААН, и ваших финансовых обязательств по ним. Я понимаю, что данное согласие распространяется на профили по текущим и будущим медицинским услугам, Гарантом по которым я выступаю.
2. Понимаете, что за звонки, сообщения или другие способы обмена информацией ваш оператор связи может взимать плату.
3. Понимаете, что обязаны проинформировать ААН в случае решения об отзыве этого согласия. Вы можете отозвать настоящее согласие в любое время, связавшись с любым из учреждений ААН.

*Пожалуйста, ознакомьтесь с нашим Положением о политике конфиденциальности, чтобы знать, какая информация может быть разглашена.*

Я прочитал(-а), понимаю и соглашаюсь с вышеизложенным:

Дата: \_\_\_\_\_ Время: \_\_\_\_\_ Подпись: \_\_\_\_\_  
(Date) (Time) (Signature)

Имя Гаранта (печатными буквами): \_\_\_\_\_  
(Guarantor Name (please print))

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

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

