

Today's Date: _____ Patient Name: _____ Date of Birth: _____

Cell Phone Number (to receive text messages): _____

- By checking this box, you agree to receive SMS from LONE STAR CIRCLE OF CARE. You may reply STOP to opt-out at any time. LSCC will not share your consent or phone numbers with any unauthorized third party. Examples of messages you might receive could include appointment reminders, service announcements, or general health education and awareness tips. These messages may contain information such as patient's name, appointment date, location, and provider name. Messages will never include actual lab or test results or diagnosis information. You understand that standard text messaging and data rates may apply under your cell phone service agreement but that Lone Star Circle of Care will not charge a fee for this service. Message frequency is dependent on patient activity. Should you change your mobile phone number, you understand you are responsible for notifying Lone Star Circle of Care of the change and for providing a new cell phone number if you wish for the service to continue. You acknowledge that opting out of receiving SMS messages may impact your experience with any service(s) that relies on communications via SMS messaging.

If you no longer wish to receive text messages, reply "STOP" at any time, or call 1-877-800-5722. For more information text "HELP" or call 1-877-800-5722. Data and Message rates may apply.

- I do not consent to LSCC contacting me by text message.

Printed Name _____ Signature Of Requesting Patient/Representative _____ (If Representative, state Relationship) _____ Date _____

Content and services may not be available on all carriers. Provider is not responsible for any delays upon sending or receiving text messages.

Formulario de autorización para recibir mensajes por texto

Fecha de hoy: _____ Nombre escrito: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Número de teléfono celular (en el que desea recibir mensajes de texto): _____

- Al marcar esta casilla, acepta recibir SMS de LONE STAR CIRCLE OF CARE. Puede responder STOP para cancelar la suscripción en cualquier momento. LSCC no compartirá su consentimiento o números telefónicos con terceros no autorizados. Algunos tipos de mensajes que recibiría pueden ser recordatorios de citas, anuncios de servicios, o educación de salud y consejos para el bienestar en general. Estos mensajes pueden incluir información como el nombre del paciente, la fecha de la cita, el lugar de la cita y el nombre del médico. Los mensajes nunca tendrán resultados de laboratorio o de ninguna prueba ni tampoco información de algún diagnóstico. Usted entiende que los textos que reciba serán cobrados por su servicio telefónico a las tarifas regulares pero que Lone Star Circle of Care no cobra una tarifa por este servicio. La frecuencia de mensajes depende de la actividad del paciente. Si usted cambiara su número de teléfono celular, entienda que es su responsabilidad avisarle a Lone Star Circle of Care del cambio y de darle el nuevo número de teléfono celular si desea continuar con este servicio. Usted reconoce que discontinuar su consentimiento para recibir mensajes de texto podría impactar su experiencia con algún servicio que dependa de comunicaciones a través de mensajes de texto.

Si en algún momento decide discontinuar mensajes de texto, responda al mensaje de texto con la palabra "STOP" en cualquier momento o llame al 1-877-800-5722. Para obtener más información de este servicio responda al mensaje con la palabra "HELP" o llame al 1-877-800-5722. Se pueden aplicar tarifas de datos y mensajes.

- No autorizo a LSCC a que me envíe mensajes de texto.

Nombre escrito _____ Firma del paciente solicitante o de su representante _____ (relación del representante con el paciente) _____ Fecha _____

El contenido o servicios podrían no estar disponibles en todas las compañías de teléfono. El proveedor no es responsable por los retrasos al enviar o recibir mensajes de texto.