

**Texas Tech University
Health Sciences Center**

**Acknowledgement of Notice of Privacy Practice and Confirmation of Various
Healthcare Communications**

- ☐ I have received a copy of the Texas Tech University Health Sciences Center (TTUHSC) Notice of Privacy Practices (rev. 3/16) in **accordance with 45 CFR § 164.520**.

Consent to Email or Text Usage for Appointment Reminders and other Healthcare Communications:

- ☐ I consent to receive email and/or text messaging from TTUHSC to remind me of an appointment, for surveys about my experience with the healthcare team, or to provide general health reminders or information about new services.

The cell phone number and/or email I authorize for TTUHSC to use are listed below:

Email: _____

Cell phone number: _____

TTUHSC does not charge for this service, but standard text messaging rates may apply as provided in your wireless plan.

By signing below, I acknowledge any options selected above, will remain in effect until further written notification by me.

Date

Print Your Name
(Person signing consent form)

Signature
(Patient or Other Legally Authorized Person)

Relationship to Patient

**Texas Tech University
Health Sciences Center**

**Acuse de recibo del Aviso de prácticas de privacidad y
Confirmación de diversos comunicados de atención médica**

- ☐ He recibido una copia del Aviso de prácticas de privacidad del Texas Tech University Health Sciences Center (TTUHSC) (revisado en marzo de 2016) según lo estipulado en 45 CFR § 164.520.

Consentimiento para el uso de correos electrónicos o mensajes de texto para el envío de recordatorios de citas médicas y otras comunicaciones de atención médica:

☐ Doy mi consentimiento para recibir mensajes de texto y/o correos electrónicos de TTUHSC para recordarme una cita, para realizar encuestas sobre mi experiencia con el equipo de atención médica o para proporcionarme recordatorios de salud generales o información general sobre nuevos servicios.

Indico a continuación el número de teléfono celular y/o la dirección de correo electrónico que autorizo a TTUHSC a utilizar:

Correo electrónico: _____

Número de teléfono celular: _____

TTUHSC ofrece este servicio de forma gratuita, pero podrían aplicarse tarifas estándar para mensajes de texto según lo estipulado en su plan de telefonía móvil.

Al firmar a continuación, confirmo que tengo conocimiento de que las opciones seleccionadas anteriormente seguirán vigentes hasta que yo mismo indique lo contrario mediante una notificación por escrito.

Fecha	Nombre en letra de imprenta (Persona que firma el formulario de consentimiento)	Firma (Paciente u otra persona legalmente autorizada)	
		Relación con el paciente	