

Specialty Surgical Center of North Brunswick  
1520 US Route 130, Suite 103  
North Brunswick , NJ 08902-3145  
732-422-9900

**Consentimiento del Paciente para Contactar**

Al proporcionar su información de contacto a continuación y completar este formulario, usted acepta lo siguiente:

Por la presente, doy mi consentimiento y autorizo a Specialty Surgical Center of North Brunswick, a cualquier médico asociado u otro cuidador, así como a cualquiera de sus entidades, agentes o contratistas relacionados, incluidos, entre otros, programadores, servicios de facturación, cobradores de deudas y otras partes contratadas, a utilizar sistemas automatizados de marcación telefónica, sistemas de mensajería de texto y correo electrónico para proporcionarme mensajes (incluidos mensajes pregrabados o sintéticos, mensajes de texto y mensajes de correo de voz) sobre mi cuenta, fechas de vencimiento de pagos, pagos pendientes, información para o relacionados con bienes y/o servicios médicos proporcionados, información de intercambio, cobertura de atención médica, seguimiento de atención médica y otra información de atención médica.

Firma del Paciente:

---

Firma Fecha de Firma

---

Nombre Impreso

---

Firma de Padres/Tutores (Si el paciente es menor de edad) Fecha de Firma

---

Nombre Impreso

**Información de Contacto**

Número de Teléfono Móvil: \_\_\_\_\_

Dirección de Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Para revocar su consentimiento para recibir mensajes de texto o correo electrónico de [Center Name], puede darse de baja respondiendo e ingresando "Cancelar suscripción". Si desea revocar otras partes de este Formulario de consentimiento para contactar, comuníquese con el centro directamente por escrito o por teléfono.