

Patient Print Name: _____

Date: _____

PATIENT CONSENT FOR: (Please print clearly)

How you would like us to send an appointment reminder via:

____ Email Address: _____

____ SMS Text (Cell phone Number): _____

____ Phone Number: _____

____ All of the above _____

LANGUAGE OF PREFERENCE

For future communications please inform us your language of preference.

____ **ENGLISH**

____ **SPANISH**

Once you have signed this form, you authorize us to use the information provided above for communication purposes.

Patient Print Name: _____

Date: _____

Authorized Patient's/Parent Guardian's Signature: _____

ELECTRONIC PRESCRIPTIONS CONSENT

This is to inform you that in our office we use e-prescribe our prescriptions to your pharmacy, please provide your preferred pharmacy information.

Pharmacy Name: _____ Tel. Num.: _____ Fax Num.: _____

Pharmacy Address or (cross roads): _____

Nombre del Paciente: _____

Fecha: _____

AUTORIZACION DEL PACIENTE PARA:

Cómo desea que le enviemos un recordatorio de su cita médica a través de:

____ Correo electrónico: _____

____ Mensaje de Texto (Número de celular): _____

____ Número de Teléfono: _____

____ Todas las anteriores: _____

IDIOMA DE PREFERENCIA

Para futuras comunicaciones favor de informarnos su idioma de preferencia.

____ **INGLES**

____ **ESPAÑOL**

Después de firmar esta forma, usted nos autoriza a utilizar la información anterior para fines de comunicaciones.

Nombre del paciente: _____

Fecha: _____

Firma del paciente y/o Padre o encargado: _____

AUTORIZACION PARA PRESCRIPCIONES ELECTRONICAS

Para su conveniencia nuestra oficina provee el servicio de prescripciones electrónicas para ordenar sus medicamentos a la farmacia. Favor de proporcionar la información de la farmacia de su preferencia.

Nombre de la Farmacia: _____ Núm. Tel.: _____ Núm. Fax: _____

Dirección de la Farmacia o (calles cercanas): _____
