

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento del paciente: \_\_\_\_\_

## FORMULARIO DE SOLICITUD DE REVOCACIÓN DE COMUNICACIÓN

Por la presente revoco mi solicitud de futuras comunicaciones por correo electrónico y/o mensaje de texto como se indica a continuación:

*(Seleccione la opción "Sí" para dejar de recibir comunicaciones de las fuentes que se enumeran a continuación si corresponde, o seleccione "No" para continuar recibiendo comunicaciones de las fuentes que se enumeran a continuación).*

Por la presente revoco mi solicitud para recibir recordatorios de citas futuras, comentarios, marketing y salud general a través de TEXTO:

Si: \_\_\_\_\_ / No: \_\_\_\_\_

Por la presente revoco mi solicitud para recibir recordatorios de citas futuras, comentarios, marketing y salud general por CORREO ELECTRÓNICO:

Si: \_\_\_\_\_ / No: \_\_\_\_\_

NOTA: Esta revocación solo se aplica a las comunicaciones de esta Práctica.

Fecha : \_\_\_\_\_ Tiempo: \_\_\_\_\_

Nombre impreso (Persona que completa el formulario) : \_\_\_\_\_

Firma del paciente/representante del paciente: \_\_\_\_\_