

Consentimiento para recibir mensajes de texto

Complete todas las secciones de este formulario y envíelo por correo electrónico a textconsent@magellanhealth.com o por fax al 866-667-7744.

Al firmar este documento, autoriza a Magellan Behavioral Health of Pennsylvania, Inc. (Magellan) a enviarle mensajes de texto, como consejos de salud, recordatorios de citas o resurtidos, y otros mensajes de atención médica que puedan contener su información de salud. Magellan no cobra ninguna tarifa por enviar mensajes de texto, pero su proveedor de plan de datos, sí. Para dejar de recibir estos mensajes, puede enviar la palabra "STOP" para cancelar el servicio en cualquier momento.

| | | |
|--|---------|---------------------|
| Núm. de teléfono celular (incluya el código de área) para recibir los mensajes de texto: | | |
| Apellido del miembro: | | Nombre del miembro: |
| Número de ID de asistencia médica del miembro: | | |
| Fecha de nacimiento del miembro: | | |
| Dirección del miembro: | | |
| Ciudad: | Estado: | Código postal: |
| Marque uno: <input type="checkbox"/> Soy el miembro, <input checked="" type="radio"/> <input type="checkbox"/> Tengo el derecho legal de actuar en representación de esta persona. | | |
| Marque uno: Soy su <input type="checkbox"/> Padre/madre <input checked="" type="radio"/> <input type="checkbox"/> Tutor/Otro: | | |
| Doy mi autorización para recibir mensajes de texto sobre consejos de salud, recordatorios de citas o resurtidos, y otros mensajes de atención médica que puedan contener mi información de salud. Entiendo que los mensajes no se pueden enviar de manera segura y que pueden ser vistos por cualquier persona que use mi teléfono. Si pierdo el teléfono o cambio de número, se lo informaré a Magellan. | | |
| Firma o marca del miembro: | | Fecha: |

Continúa en la siguiente página

Representante autorizado significa que usted tiene evidencia legal para actuar en representación de esta persona. El representante firma por la persona que no puede firmar legalmente en su propio nombre. Si usted está firmando en nombre del miembro, complete la sección a continuación. **Si el miembro es menor de 18 años de edad**, su padre/madre o tutor deberán firmar a continuación.

| | |
|---|--------|
| Firma del representante autorizado: | Fecha: |
| Nombre de la persona autorizada en letra de imprenta: | |
| Relación con el miembro: | |
| Dirección completa: | |
| N.º de teléfono: | |

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con Magellan a los siguientes números:

| | | | | |
|-------------------------|---------------------------|--------------------------|------------------------------|-------------------------------|
| <i>Condado de Bucks</i> | <i>Condado de Cambria</i> | <i>Condado de Lehigh</i> | <i>Condado de Montgomery</i> | <i>Condado de Northampton</i> |
| 877-769-9784 | 800-424-0485 | 866-238-2311 | 877-769-9782 | 866-238-2312 |

Los miembros que tengan dificultades auditivas pueden comunicarse con nosotros al 7-1-1 mediante el servicio de retransmisión de PA.