



Neighborhood Outreach Access to Health

Communication Consent Form

Patient Name: _____

Date of Birth: _____

At times, we will call, text, or email you with appointment reminders or leave general informational messages on your voicemail.

I give permission to NOAH to communicate messages regarding appointments, referrals, lab results, and other information pertaining to my care.

May we leave a message on your **home phone** regarding the treatments you have received at NOAH:

Medical Dental Behavioral Health

(Please circle all that apply)

Home phone number: _____

May we leave a message on your **cell phone** regarding the treatments you have received at NOAH:

Medical Dental Behavioral Health

(Please circle all that apply)

Cell phone number: _____

May we mail results or documents **to your home** regarding the treatments you have received at NOAH:

Medical Dental Behavioral Health

(Please circle all that apply)

I give permission to NOAH to discuss my personal health information with the following individuals:

Name

Relationship to Patient

Patient/ Responsible Party Print Name: _____

Patient/Responsible Party Signature: _____

Date: _____



Formulario de consentimiento para comunicaciones

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____

En ocasiones llamaremos, enviaremos mensajes de texto o por correo electrónico para recordarle sobre alguna cita o para dejarle mensajes de información general en su correo de voz.

Otorgo mi permiso a NOAH para que comunique mensajes sobre citas, referencias médicas, resultados de pruebas de laboratorio y otra información referente a mi atención médica.

Nos permite dejarle un mensaje en **en el teléfono de su casa** sobre los tratamientos que recibió en NOAH:

médico dental salud del comportamiento
(circule todo lo que corresponda)

Número de teléfono de casa: _____

Nos permite dejarle un mensaje en su **teléfono celular** con respecto a los tratamientos que recibió en NOAH:

médico dental salud del comportamiento
(circule todo lo que corresponda)

Número de teléfono celular: _____

Le podemos enviar los resultados o documentos a **su hogar** con respecto a los tratamientos que recibió en NOAH:

médico dental salud del comportamiento
(circule todo lo que corresponda)

Doy permiso a HonorHealth/NOAH que discuta mi información de salud personal con las siguientes personas:

Nombre

Relación con el paciente

Escriba en letra de molde el nombre del paciente/parte responsable: _____

Firma del paciente/parte responsable: _____ Fecha: _____