



## TELEPHONE CONSUMER PROTECTION ACT (TCPA) OPT-IN CONSENT FORM

*El Centro de Corazón* uses vendors for the purposes of collecting information about your satisfaction with our services. Your protected health information will be shared with these vendors, but they must abide by confidentiality laws (HIPAA) while handling this sensitive information. You will likely be contacted following any visit(s) to our health centers and invited to participate in a patient satisfaction survey. This contact may be made through an auto-dialer program as a text sent to the cell number you provide us, and/or by email at the email address you provided.

**YOU MAY OPT-OUT OF ALL PATIENT SURVEYS IF YOU WISH.** Simply notify any front desk staff member of your desire to opt-out of our patient satisfaction survey program at any time.

By signing and dating this document, I consent to receive satisfaction survey messages from *El Centro de Corazón* or its survey vendors.

\_\_\_\_\_  
Patient/Legal/Authorized Representative Signature

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Relationship to patient (if not self)

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Witness Signature (Staff)

\_\_\_\_\_  
Date



## LEY FEDERAL DE PROTECCION AL USUARIO TELEFONICO FORMA DE CONSENTIMIENTO

*El Centro de Corazón* utiliza proveedores para recopilar información sobre su satisfacción con nuestros servicios. Su información de salud protegida se compartirá con estos proveedores, pero deben cumplir con las leyes de confidencialidad de las leyes de HIPAA al manejar esta información confidencial. Es probable que lo contactemos luego de cualquier visita a nuestros centros de salud y lo invitemos a participar en una encuesta de satisfacción del paciente. Este contacto se puede hacer por mensaje de texto a través de un programa de marcación automática, enviado al número de teléfono y/o correo electrónico que proporcionara.

**PUEDA RECHAZAR TODAS LAS ENCUESTAS PARA PACIENTES SI LO DESEA.** Simplemente notifique a cualquier miembro del personal de recepción de su deseo de optar por no participar en nuestro programa de encuesta de satisfacción del paciente en cualquier momento.

Al firmar este documento en esta fecha, doy mi consentimiento para recibir mensajes de encuestas de satisfacción de El Centro de Corazón o sus proveedores de encuestas.

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente/legal/representante autorizado

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Relación con el paciente (si no mismo)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del testigo (Personal)

\_\_\_\_\_  
Fecha