



**Consent to Receive Automated Messages from
Finger Lakes Community Health**

By signing, I authorize Finger Lakes Community Health Centers to contact me via automated messages (which include SMS text message or phone messages) to serve me better. Finger Lakes Community Health Centers will send me messages through the electronic health system to help me and/or my child stay healthy, including:

- Appointment reminders
- Notification when your prescription has been sent to the pharmacy (Please Note: you will need to contact the pharmacy to ensure prescription is ready to pick-up)
- Availability of lab results (actual results will not be included in the message)
- Information to help manage illnesses
- Important information regarding your health center

Finger Lakes Community Health will ensure that the messages sent to me are relevant to my needs.

I know that I am under no obligation to authorize Finger Lakes Community Health to send me automated messages and that this service is offered for my convenience in order to receive timely information.

I agree to indemnify, defend, and hold Finger Lakes Community Health's technology affiliated companies harmless from any third-party claims, liability, damages or costs arising from my request to receive automated voice or text messages or from providing us, your healthcare provider, with a phone number that is not my own.

I may opt-out of receiving these communications from Finger Lakes Community Health at any time by calling Finger Lakes Community Health at 315-781-8448 and speaking to a representative.

Print Name: _____

Signature: _____

Date: ____/____/____

**Consentimiento para recibir mensajes automatizados de
Finger Lakes Community Health**

Al firmar, autorizo a los centros de salud *Finger Lakes Community Health* a comunicarse conmigo a través de mensajes automatizados (que incluyen mensajes de texto SMS o mensajes telefónicos) para brindarme un mejor servicio. Los Centros de Salud de *Finger Lakes Community Health* me enviarán mensajes a través del sistema de salud electrónico, para ayudarme a mí y/o a mi hijo/a a mantenernos saludables, que incluyen:

- Recordatorios de citas
- Notificaciones cuando la receta se haya enviado a la farmacia. (Tenga en cuenta que deberá comunicarse con la farmacia para asegurarse de que la receta esté lista para recoger).
- Disponibilidad de resultados de laboratorio (los resultados no se incluirán en el mensaje)
- Información para ayudar a controlar enfermedades
- Información importante sobre su centro de salud

Finger Lakes Community Health se asegurará de que los mensajes que me envíen sean relevantes para mis necesidades.

Sé que no tengo ninguna obligación de autorizar a *Finger Lakes Community Health* a enviarme mensajes automatizados y que este servicio se ofrece para mi conveniencia a fin de recibir información oportuna.

Acepto indemnizar, defender y eximir a las empresas tecnológicas afiliadas a *Finger Lakes Community Health* de cualquier reclamo, responsabilidad, daños o costos de terceros que surjan de mi solicitud de recibir mensajes de voz o de texto SMS o de proporcionarles, su proveedor de atención médica, un número de teléfono que no es el mío.

Puedo optar por no recibir estas comunicaciones de *Finger Lakes Community Health* en cualquier momento; llamando a *Finger Lakes Community Health* al 315-781-8448 y hablando con un representante.

Nombre en letra de imprenta: _____

Firma: _____

Fecha: ____ / ____ / ____