COASTAL PERINATAL CENTER

V. Sachar, MD, FACOG, CHCQM

Maternal Fetal Medicine, Perinatal Diagnostic Center

Yo,_____ autorizo por la presente a mi médico / Coastal Perinatal Center / Dr. V Sachar, comuníquese conmigo o miembros de su personal, en su caso u otros médicos, enfermeras practicantes y farmacéuticos vía mensaje de texto con respecto a mi informe de ultrasonido en el momento de micita. Entiendo que los mensajes de texto no son un método confidencial de comunicar. Entiendo además que existe el riesgo de que los mensajes de texto comunicaciones entre mi médico y yo o miembros del personal del consultorio de mi médico, o entre mi médico y otros médicos, enfermeras y farmacéuticos con respecto a mi atención médica y el tratamiento puede ser interceptado por terceros parties.

Entiendo que en una situación urgente o emergencia debo llamar a mi proveedor principal o vaya a la Sala de Emergencias de parto y no confíe en el texto mensajes.

La firma digital es legalmente vinculante y constituye la firma del paciente

Signature_____Date:_____

Email Address: _____

Cell Ph# (for text): _____

3440 Lomita Blvd, Suite 447, Torrance CA P: 424-250-9186 F:323-345-6468
2785 Suite B, Pacific Ave, Long Beach, CA P: 562-317-5531 F: 844-825-0061