

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO DE MARKETING DE ORCHID HEALTH

¿Cómo supo de nosotros? (M	arque una opción o proporcione los detalles si no aparece en la lista):
[] Búsqueda en línea	
[] De boca en boca	
[] Redes sociales	
[] Anuncio impreso	
[] Vio un cartel	
[] Otro:	
Yo,	, doy mi consentimiento a Orchid Health para que me envíe
`	g por correo electrónico. Entiendo que tengo derecho a "cancelar" la aciones aunque haya firmado la opción de suscripción.
Entiendo y reconozco lo sigui	ente:
1. Propósito: Las comunicacio	nes que lo animan a utilizar nuestros servicios se consideran marketing.
Debemos obtener su autoriza	ción. Las comunicaciones de marketing pueden incluir información
	Health, promociones, eventos, boletines y otros materiales de atención
médica relacionados.	
•	engo derecho a elegir si deseo o no recibir comunicaciones de marketing
	ación es totalmente voluntaria.
3. Privacidad: Orchid Health t y las leyes y reglamentos aplic	ratará mi información personal de acuerdo con su política de privacidad cables.
Opciones de consentimiento:	
Indique su preferencia marca	ndo la casilla correspondiente a continuación:
[] Doy mi consentimiento par	ra recibir comunicaciones de marketing de Orchid Health por correo
electrónico.	
[] NO deseo recibir comunica	ciones de marketing de Orchid Health.
Nombre del paciente e repre	sentante autorizado (en letra de molde):
Fecha de nacimiento	
	rado, indique su relación con el paciente
.	
Firma	Fecha