

**FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO DE MARKETING DE ORCHID HEALTH**

¿Cómo supo de nosotros? (Marque 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 comunicaciones de marketing por correo electrónico. Entiendo que tengo derecho a "cancelar" la recepción de dichas comunicaciones aunque haya firmado la opción de suscripción.

Entiendo y reconozco lo siguiente:

- 1. Propósito:** Las comunicaciones que lo animan a utilizar nuestros servicios se consideran marketing. Debemos obtener su autorización. Las comunicaciones de marketing pueden incluir información sobre los servicios de Orchid Health, promociones, eventos, boletines y otros materiales de atención médica relacionados.
- 2. Participación voluntaria:** Tengo derecho a elegir si deseo o no recibir comunicaciones de marketing de Orchid Health. La participación es totalmente voluntaria.
- 3. Privacidad:** Orchid Health tratará mi información personal de acuerdo con su política de privacidad y las leyes y reglamentos aplicables.

Opciones de consentimiento:

Indique su preferencia marcando la casilla correspondiente a continuación:

☐ Doy mi consentimiento para recibir comunicaciones de marketing de Orchid Health por correo electrónico.

☐ **NO** deseo recibir comunicaciones de marketing de Orchid Health.

Nombre del paciente o representante autorizado (en letra de molde): \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Si es un representante autorizado, indique su relación con el paciente \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_