



**SMC Connected Care
Health Information Exchange (HIE)**

**Opt Out Form
Chinese 中文**

只有当您希望退出 SMC Connected Care 时，才需要此表格。

**San Mateo County Connected Care
选择退出参与通知**

通过填写本表格，本人拒绝同意所有参与提供者通过 SMC Connected Care 访问本人的电子健康信息，除非发生医疗紧急情况。

身份信息

患者/客户姓名：

(请正楷填写)

出生日期： ____ / ____ / ____

街道地址：

市： _____ 邮政编码： _____

电话号码： (_____) _____

授权签名

_____ 日期 _____

如果签名者并非患者本人，请在下方以正楷填写姓名并指出关系。

_____ 与患者/客户之关系 _____

正楷填写授权代表姓名

与患者/客户之关系

必须为每个患者（包括家庭成员和未成年人）填写一份单独的表格。