



**SMC Connected Care**  
**Обмен медицинской информацией**  
**(Health Information Exchange, HIE)**

**Бланк возобновления участия**

*Этот бланк должен быть заполнен только в том случае, если пациент (клиент) ранее отказался (прекратил) свое участие в программе SMC Connected Care и хотел бы возобновить свое участие в SMC Connected Care.*

*Для каждого отдельного пациента, включая членов семьи и несовершеннолетних лиц, следует заполнить отдельный бланк.*

San Mateo County Connected Care  
Возобновить участие

Заполняя этот бланк, я даю согласие для всех участвующих в программе поставщиков услуг на доступ к моей медицинской информации в электронном виде через систему SMC Connected Care.

**Информация для идентификации**

Имя пациента (клиента):

\_\_\_\_\_

(заполните, пожалуйста, печатными буквами)

Дата рождения: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Адрес:

\_\_\_\_\_

Город: \_\_\_\_\_ Почтовый индекс: \_\_\_\_\_

Номер телефона: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

**Подпись уполномоченного лица**

\_\_\_\_\_

Подпись

\_\_\_\_\_

Дата

Если подписывается не пациентом, а другим лицом, напишите, пожалуйста, ниже печатными буквами имя и степень родства.

\_\_\_\_\_

Имя уполномоченного представителя  
(печатными буквами)

\_\_\_\_\_

Степень родства пациенту (клиенту)