



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

**Opt Out Form  
Spanish Español**

*Este formulario es necesario únicamente si desea no participar en  
SMC Connected Care.*

**Connected Care del Condado de San Mateo  
Notificación de no participación**

Al contestar este formulario, RECHAZO EL CONSENTIMIENTO para TODOS los proveedores participantes para el acceso a mi información médica electrónica a través de SMC Connected Care, **excepto en el caso de una emergencia médica.**

**Información de identificación**

Nombre del paciente/cliente:

\_\_\_\_\_

(En letra de imprenta)

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Dirección:

\_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Número telefónico: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

**Firma autorizada**

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha

Si la persona que firma no es el paciente, por favor, escriba abajo el nombre en letra de imprenta e indique el parentesco.

\_\_\_\_\_  
Escriba en letra de imprenta el nombre del representante autorizado

\_\_\_\_\_  
Parentesco con el paciente/cliente

*Deberá contestar un formulario por separado para cada paciente, incluidos los familiares y los menores de edad.*