



**SMC Connected Care**  
健康信息交换 (Health Information Exchange, HIE)

**选择加入表格**

仅当患者/客户之前选择退出（撤出）*SMC Connected Care* 的参与，但希望选择重新参与 *SMC Connected Care* 时，方须填写本表格。

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。

**San Mateo County Connected Care**  
选择加入以便参与

通过填写本表格，本人同意所有参与提供者通过 SMC Connected Care 访问本人所有的电子健康信息。

**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**

\_\_\_\_\_

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。

\_\_\_\_\_

正楷填写授权代表姓名

\_\_\_\_\_

与患者/客户之关系