



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