



**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.