



# COUNTY OF SAN MATEO HEALTH SYSTEM

收件人： 面向 San Mateo 郡卫生系统之患者/客户  
发件人： San Mateo 郡卫生系统  
日期： 2018 年 1 月

San Mateo 郡卫生系统正在改革患者数据的共享和存储方式。本信函将说明这些变化将对您产生哪些影响，您可以选择拒绝参与该计划。

我们的 SMC Connected Care 计划将允许您的所有保健提供者（包括您的医生、专科医生或咨询师）在私人计算机网络上查看您的健康相关信息。通过此系统，医生和保健提供者将更加全面地了解您的健康史，以为您制定最佳治疗计划。

SMC Connected Care 将提高您的健康护理体验的质量、安全性和效率。只有对您进行治疗的专业人员才能看到您的信息。例如，假设您在当地诊所就医后被转诊至 San Mateo 医疗中心的专科医生，该专科医生将能够查看您的信息，包括：您的药物、化验结果、过敏症以及您的医生开具的报告。

SMC Connected Care 使用数字安全保护，使电子信息存储比纸质记录更安全。您的电子信息将受到保密并仅供您的诊疗提供者查看。不与其他未参与您的治疗的其他医生或工作人员共享。

San Mateo 郡卫生系统的 San Mateo 医疗中心、行为健康与康复服务、老人及成人服务处、家庭健康服务部、公共卫生政策和规划部以及移动诊所都属于 SMC Connected Care。

参与 SMC Connected Care 纯属自愿。无论您做出何种参与选择，都不会影响您获得 San Mateo 郡卫生系统提供的护理服务。除非您选择退出（撤出）参与，否则您将被自动纳入 SMC Connected Care。如果您想继续参与 SMC Connected Care，则无需执行任何操作。

如果您选择退出，除非发生医疗紧急情况，否则您的健康信息将无法以电子方式共享给 San Mateo 郡卫生系统提供者。如果您在 San Mateo 郡卫生系统外就医，则您的健康信息将无法共享。提供者可通过其他方式请求并接收您的医疗信息，例如传真或邮件。

**请注意：**根据联邦和州的规定，即使您选择退出，在医疗紧急情况下，临床医生也有权查看所有必要的临床信息，以提供恰当的护理。

## 参与 SMC Connected Care

除非您采取行动选择退出，否则您将被自动纳入 SMC Connected Care。在您约诊护理提供者时，您的信息将被安全传输至 SMC Connected Care，并且仅对您的诊疗提供者可见。如果您希望参与 SMC Connected Care，则无需交回随附的表格。

如果您退出，San Mateo 郡卫生系统提供者将无法以电子方式共享您的健康信息。只有在发生医疗紧急情况时，才能通过 SMC Connected Care 查看您的信息。

如果您使用纸质版表格，则寄回表格的方式有：

1) 美国邮政。邮寄至以下地址：

Health IT – SMC Connected Care  
HLT 362  
225 37<sup>th</sup> Avenue  
San Mateo, CA 94403

2) 传真至：

(650) 573-3626  
Attn: SMC Connected Care

3) 将表格交回至 San Mateo 郡诊所

请注意，我们收到此表格后最多需要三个工作日处理您的请求。您将收到经美国邮政寄出的一封信函，确认您的退出选择。请务必填写清楚，字迹不清的信函将被退回。

如果您退出后改变主意，您之后仍然可以通过访问我们的网站 [www.smchealth.org/connectedcare](http://www.smchealth.org/connectedcare) 并填写在线表格，以此选择重新加入。

若对 SMC Connected Care 有任何疑问或需要协助，请访问 [www.smchealth.org/connectedcare](http://www.smchealth.org/connectedcare)。

只有当您希望退出 SMC Connected Care 时，才需要此表格。

**San Mateo County Connected Care**  
**选择退出参与通知**

通过填写本表格，本人拒绝同意所有参与提供者通过 SMC Connected Care 访问本人的电子健康信息，除非发生医疗紧急情况。

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

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。