



SMC CONNECTED CARE
Health Information Exchange (HIE)

Opt Out Form
Russian русский

Этот бланк следует заполнять только если Вы желаете выйти из программы SMC Connected Care.

Округа Сан-Матео Connected Care
Уведомление об отказе от участия

Заполняя этот бланк, Я ОТЗЫВАЮ СВОЕ СОГЛАСИЕ для ВСЕХ участвующих в программе поставщиков услуг на предоставление доступа к моей медицинской информации в электронном виде через систему SMC Connected Care, за исключением экстренных случаев.

Информация для идентификации

Имя пациента (клиента):

(заполните, пожалуйста, печатными буквами)

Дата рождения: ____ / ____ / ____

Адрес:

Город: _____ Почтовый индекс: _____

Номер телефона: (_____) _____

Подпись уполномоченного представителя

Подпись

Дата

Если подписывается не пациентом, а другим лицом, напишите, пожалуйста, ниже печатными буквами имя и степень родства.

Имя уполномоченного представителя Степень родства пациенту (клиенту)
(печатными буквами)

Для каждого отдельного пациента, включая членов семьи и несовершеннолетних лиц, следует заполнить отдельный бланк.