



SMC Connected Care
Обмен медицинской информацией
(Health Information Exchange, HIE)

Бланк возобновления участия

Этот бланк должен быть заполнен только в том случае, если пациент (клиент) ранее отказался (прекратил) свое участие в программе SMC Connected Care и хотел бы возобновить свое участие в SMC Connected Care.

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

San Mateo County Connected Care
Возобновить участие

Заполняя этот бланк, я даю согласие для всех участвующих в программе поставщиков услуг на доступ к моей медицинской информации в электронном виде через систему SMC Connected Care.

Информация для идентификации

Имя пациента (клиента):

(заполните, пожалуйста, печатными буквами)

Дата рождения: ____ / ____ / ____

Адрес:

Город: _____ Почтовый индекс: _____

Номер телефона: (____) _____

Подпись уполномоченного лица

Подпись

Дата

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

Имя уполномоченного представителя
(печатными буквами)

Степень родства пациенту (клиенту)