



SMC Connected Care

تبادل المعلومات الصحية (HIE)

نموذج اختيار المشاركة

يجب تعبئة هذا النموذج فقط إذا كان المريض/العميل قد أنهى (أنسحب) سابقاً مشاركته في *SMC Connected Care*، ويريد معاودة المشاركة في *SMC Connected Care*.

يجب تعبئة نموذج منفصل لكل مريض على حدة، بما في ذلك أفراد الأسرة والقُصّر.

San Mateo County Connected Care

نموذج اختيار المشاركة

من خلال تعبئة هذا النموذج، فإنني أعطي موافقتي لكافة المزودين المشاركين للوصول إلى كافة معلوماتي الصحية الإلكترونية من خلال *SMC Connected Care*.

المعلومات التعريفية

اسم المريض/العميل:

_____ (يرجى الكتابة)

تاريخ الميلاد: _____ / _____ / _____

عنوان الشارع:

_____ (يرجى الكتابة)

المدينة: _____ الرمز البريدي: _____

رقم الهاتف: (_____) _____

التوقيع المعتمد

التوقيع _____ التاريخ _____

إذا قام شخص غير المريض بتوقيع النموذج، فيرجى كتابة الاسم أدناه وذكر صلة القرابة.

اكتب اسم الممثل المفوض _____ صلة القرابة بالمريض/العميل _____