



SMC Connected Care

Intercambio de Información de Salud (Health Information Exchange, HIE)

Formulario de participación

Este formulario deberá completarse solamente si el paciente o cliente anteriormente decidió rechazar (retirar) su participación en SMC Connected Care, y cambió de opinión y desea participar nuevamente en SMC Connected Care.

Deberá contestar un formulario por separado para cada paciente, incluidos los familiares y los menores de edad.

San Mateo County Connected Care
Elección de participar

Al contestar este formulario, doy mi consentimiento a todos los proveedores participantes para que tengan acceso a TODA mi información médica electrónica a través de SMC Connected Care.

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, 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