

SMC Connected Care
تبادل المعلومات الصحية (HIE)

نموذج انسحاب

هذا النموذج مطلوب فقط إذا كنت تريد الانسحاب من SMC Connected Care.
يجب تعبئة نموذج منفصل لكل مريض على حدة، بما في ذلك أفراد الأسرة والقُصّر.

San Mateo County Connected Care
نموذج انسحاب من المشاركة

من خلال تعبئة هذا النموذج، فإنني لا أمنح موافقتي لكافة المزودين المشاركين للوصول إلى كافة معلوماتي الصحية الإلكترونية من خلال SMC Connected Care، باستثناء في حالات الطوارئ.

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 _____