



**SMC Connected Care  
Health Information Exchange (HIE)**

**Opt Out Form  
Tagalog**

*Ang form na ito ay kinakailangan lamang kung nais mong mag-opt out sa SMC Connected Care.*

**San Mateo County Connected Care  
Paunawa ng Pag-opt out sa Paglahok**

Sa pamamagitan ng pagkumpleto sa form na ito, TINATANGGIHAN KO ANG PAGBIBIGAY NG PAHINTULOT sa LAHAT ng mga lumalahok na tagapagkaloob na i-access ang elektronikong impormasyon tungkol sa aking kalusugan sa pamamagitan ng SMC Connected Care, **maliban kung may medikal na emerhensya.**

**Mapagkikilanlang Impormasyon**

Pangalan ng Pasyente/Kliyente:

\_\_\_\_\_ (Pakisulat)

Petsa ng Kapanganakan: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Kalyeng Address:

\_\_\_\_\_

Lungsod: \_\_\_\_\_ Zip Code: \_\_\_\_\_

Numero ng Telepono: ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

**Awtorisadong Pirma**

\_\_\_\_\_ Pirma

\_\_\_\_\_ Petsa

Kung ang pipirma ay hindi ang pasyente, pakisulat ang pangalan sa ibaba at isaad ang kaugnayan.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Isulat ang Pangalan ng Awtorisadong Kinatawan

Kaugnayan sa pasyente/kliyente

*Dapat kumpletuhin ang isang hiwalay na form para sa bawat indibidwal na pasyente, kabilang ang mga miyembro ng pamilya at mga menor de edad.*