

SMC Connected Care
Pagpapalitan ng Impormasyon sa Kalusugan
(Health Information Exchange, HIE)



Form para Sumali

Ang form na ito ay dapat lang kumpletuhin kung ang pasyente/kliyente ay umalis dati (umayaw) sa kanyang paglahok sa SMC Connected Care, at gustong SUMALI MULI para lumahok sa SMC Connected Care.

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

San Mateo County Connected Care
Pagsali para Lumahok

Sa pamamagitan ng pagkumpleto sa form na ito, nagbibigay ako ng pahintulot sa lahat ng kalahok na provider para i-access ang LAHAT ng aking elektronikong impormasyon sa kalusugan sa pamamagitan ng SMC Connected Care.

Kumikilalang Impormasyon

Pangalan ng Pasyente/Kliyente:

_____ (Pakisulat)

Petsa ng Kapanganakan: ____ / ____ / ____

Address kasama ang Kalye:

Lungsod: _____ Zip Code: _____

Numero ng Telepono: (_____) _____

Awtorisadong Pirma

Pirma

Petsa

Kung pipirmahan ng isang tao bukod sa pasyente, pakisulat ang pangalan sa ibaba at isaad ang kaugnayan.

Isulat ang Pangalan ng
Awtorisadong Kinatawan

Kaugnayan sa pasyente/kliyente