

رفض الموافقة لكل المشاركين

أفهم بأنه بالتوقيع على هذه الاستمارة، أرفض الموافقة لكل مقدمي الرعاية الصحية والجهات المسددة وجهات التأمين، وكل مقدمي الخدمة الذين يعملون ضمن طاقم العمل التابع لها، للوصول إلى معلوماتي الصحية من خلال منظمة NY Care Information Gateway لأي غرض، حتى في حالات الطوارئ الطبية.

بسحب موافقتي، أفهم الآتي:

1. أن مقدمي الرعاية الصحية، أو الجهات المسددة، أو جهات التأمين التي ربما أكون قد منحتها موافقتي في السابق، ربما تكون قد وصلت إلى معلوماتي الصحية أثناء فترة سريان موافقتي الأصلية، وربما تكون قد نسخت هذه المعلومات أو قامت بتضمينها في سجلاتها. وعلى الرغم من أنني قد قررت سحب موافقتي، فلا يكون مطلوباً من مقدمي رعاية الصحية، أو الجهات المسددة، أو جهات التأمين هذه إعادة هذه المعلومات أو حذفها من سجلاتها.
2. ينطبق رفض الموافقة هذا على كل مقدمي رعاية الصحية، والجهات المسددة، وجهات التأمين التي تصل إلى المعلومات من خلال NY Care Information Gateway.
3. قد تستغرق معالجة رفض الموافقة هذا عدة أيام.
4. أفهم أنه إذا قمت بالتوقيع على رفض الموافقة هذا، فسوف يظل سارياً حتى أقوم بسحبه. يعني ذلك أنني لن أتمكن من تفويض أي مقدم رعاية صحية أو جهة مسددة أو جهة تأمين للوصول إلى معلوماتي الصحية من خلال منظمة NY Care Information Gateway أثناء سريان رفض الموافقة هذا. إذا كنت أرغب في سحب رفض الموافقة هذا، يمكنني القيام بذلك في أي وقت عن طريق الاتصال بمنظمة NY Care Information Gateway على البريد الإلكتروني info@nycig.org أو على الرقم 718-334-5844 وإخطار منظمة NY Care Information Gateway بأنني أرغب في إلغاء رفض الموافقة لكل المشاركين.
5. ولا يجوز لأي مشارك في منظمة NY Care Information Gateway رفض علاجي الطبي استناداً إلى رفض الموافقة هذا.

كتابة اسم المريض بالكامل بخط واضح	تاريخ ميلاد المريض
عنوان المريض / المدينة / الولاية / الرقم البريدي	الهاتف / البريد الإلكتروني
توقيع المريض أو الممثل القانوني للمريض	التاريخ
كتابة اسم الممثل القانوني للمريض بخط واضح (إن وجد)	علاقة الممثل القانوني بالمريض (إن وجد)

NOTARY PUBLIC

This document was signed before me on this ____ day of _____ 20 ____.

In _____ County in the state of _____.

Printed Name of Notary

Notary Signature

My commission expires: _____

(Seal)

إرشادات إعادة الاستمارة: يُرجى طباعة هذه الاستمارة واستيفائها وإعادتها إما عن طريق:

الفاكس: 646-998-8060 | البريد: NY Care Information Gateway, PO Box 800038, Elmhurst, NY 11380