



## 針對所有簽約參與者的拒絕同意聲明

我瞭解，簽署本同意聲明，即表示我拒絕所有醫療保健服務提供者、付款人和保險提供者及為其服務的所  
 有提供者出於任何目的透過紐約醫療資訊網查閱我的健康資訊，*即使在醫療緊急情況下亦然。*

透過撤銷我的同意，我瞭解：

1. 在我的原始同意生效期間，先前曾獲得我同意授權的醫療保健提供者、付款人或保險提供者可能已查閱我的健康資訊，並且可能已複製或將該等資訊納入其記錄中。儘管我決定撤銷同意，但這些醫療保健提供者、付款人或保險提供者不必歸還該等資訊，或將其從記錄中刪除。
2. 本拒絕同意聲明適用於透過紐約醫療資訊網查閱資訊的所有醫療保健提供者、付款人和保險提供者。
3. 處理本拒絕同意聲明可能需要數天的時間。
4. 我瞭解，一經簽署，本拒絕同意聲明將持續有效直至我撤銷為止。這意味著在本拒絕同意聲明生效期間，我不得授權任何醫療保健提供者、付款人或保險提供者透過紐約醫療資訊網查閱我的健康資訊。若我想撤回本拒絕同意聲明，我可以透過 [info@nycig.org](mailto:info@nycig.org) 或 718-334-5844 聯絡紐約醫療資訊網，並告知紐約醫療資訊網我想要對所有簽約參與者廢除我的拒絕同意聲明。
5. 紐約醫療資訊網簽約參與者不會因為本拒絕同意聲明而拒絕為我提供治療。

患者正楷姓名	患者的出生日期
患者的地址/城市/州/郵遞區號	電話/電子郵箱
患者或患者的法定代表簽名	日期
患者的法定代表正楷姓名（如果適用）	法定代表與患者的關係（如果適用）

### 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)

**交回說明：**請清晰填妥本表格，然後透過以下方式交回本表格：  
**傳真：** 646-998-8060 | **郵寄：** NY Care Information Gateway, PO Box 800038, Elmhurst, NY 11380