



Refus de consentement pour tous les participants

Je comprends qu'en signant ce formulaire, je N'AUTORISE AUCUN prestataire de soins de santé, payeur et fournisseur d'assurance, ni aucun prestataire faisant partie intégrante du personnel, à consulter mes données médicales par l'intermédiaire de NY Care Information Gateway à quelque fin que ce soit, *même en cas d'urgence médicale*.

En retirant mon consentement, je comprends que :

1. Les prestataires de soins de santé, payeurs ou fournisseurs d'assurance à qui j'ai pu précédemment donner mon consentement peuvent avoir consulté mes données médicales lorsque mon consentement initial était encore en vigueur, et peuvent avoir copié ou inclus ces informations dans leurs dossiers. Bien que j'aie décidé de retirer mon consentement, ces prestataires de soins de santé, payeurs ou fournisseurs d'assurance ne sont pas tenus de restituer ces informations ni de les supprimer de leurs dossiers.
2. Le présent refus de consentement s'applique à TOUS les prestataires de soins de santé, payeurs et fournisseurs d'assurance qui ont accès aux informations par l'intermédiaire de NY Care Information Gateway.
3. Le traitement de ce refus de consentement peut prendre plusieurs jours.
4. Je comprends que si je signe ce refus de consentement, il restera en vigueur jusqu'à ce que je le retire. Cela signifie que je ne serai pas en mesure d'autoriser un prestataire de soins de santé, payeur ou fournisseur d'assurance à consulter mes données médicales par l'intermédiaire de NY Care Information Gateway tant que ce refus de consentement sera en vigueur. Si je souhaite retirer ce refus de consentement, je peux le faire à tout moment en contactant NY Care Information Gateway à l'adresse info@nycig.org ou au numéro 718-334-5844, et en indiquant à NY Care Information Gateway que je souhaite annuler mon refus de consentement pour tous les participants.
5. Aucun participant à NY Care Information Gateway ne peut me refuser un traitement médical sur la base du présent refus de consentement.

 Nom complet du patient en caractères d'imprimerie

 Date de naissance du patient

 Adresse/Ville/État/Code postal du patient

 Numéro de téléphone/Adresse électronique

 Signature du patient ou de son représentant légal

 Date

 Nom du représentant légal du patient (s'il y a lieu) en caractères d'imprimerie

 Relation du représentant légal avec le patient (s'il y a lieu)

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)

CONSIGNES D'ENVOI : veuillez imprimer, remplir et renvoyer ce formulaire en utilisant l'une des méthodes suivantes :

FAX : 646-998-8060 | **COURRIER :** NY Care Information Gateway, PO Box 800038, Elmhurst, NY 11380