



Refi pou Konsantman pou tout Patisipan yo

Mwen konnen lè mwen siyen fòm sa a, m ap REFIZE BAY KONSANTMAN mwen pou TOUT Founisè Swen Sante, Peyè ak Konpayi Asirans, ak tout pwofesyonèl sante ki fè patide estaf yo, pou yo gen aksè nan enfòmasyon sou sante mwen atravè NY Care Information Gateway pou kèlkeswa rezon an, *menm nan yon ka dijans medikal*.

Lè mwen anile konsantman mwen, mwen konnen ke:

1. Founisè Swen Sante, Peyè, oswa Konpayi Asirans mwen ka te bay konsantman mwen anvan, ka te aksede enfòmasyon sou sante mwen pandan konsantman orijinal mwen an te anvigè, e yo ka te fè kopi enfòmasyon sa a oswa yo ka te enkli enfòmasyon an nan dosye yo. Menmsi mwen decide anile konsantman mwen, Founisè Swen Sante yo, Peyè yo oswa Konpayi Asirans yo pa oblije remèt enfòmasyon sa yo ni yo pa oblije wete yo nan dosye yo.
2. Refi pou Konsantman sila a aplike pou TOUT Founisè Swen Sante, Peyè, ak Konpayi Asirans aksede enfòmasyon atravè NY Care Information Gateway.
3. Yo ka pran plizyè jou pou yo trete Refi pou Konsantman sila a.
4. Mwen konnen ke si mwen siyen refi pou konsantman sila a, l ap rete anvigè jiskaske mwen anile li. Sa vle di mwen pap kapab otorize nenpòt Founisè Swen Sante, Peyè oswa Konpayi Asirans pou yo aksede enfòmasyon sou sante mwen atravè NY Care Information Gateway pandan refi pou konsantman sila a anvigè. **Si mwen vle anile refi pou konsantman sa a, mwen ka fè sa a nenpòt moman, m ap annik kontakte NY Care Information Gateway nan info@nycig.org oswa nan 718-334-5844 pou mwen avize NY Care Information Gateway ke mwen vle anile Refi pou Konsantman pou Tout Patisipan yo.**
5. Okenn Patisipan nan NY Care Information Gateway pa gen dwa refize ban mwen tretman medikal baze sou Refi pou Konsantman sila a.

Ekri Non Konplè Pasyan an ak lèt majiskil

Dat nesans Pasyan an

Adrès/Vil/Eta/Kòd Postal Pasyan an

Telefòn/Imèl

Siyati Pasyan an oswa Reprèzantan jiridik Pasyan an

Dat

Ekri ak lèt majiskil Non Reprèzantan jiridik Pasyan an (si genyen)

Ki relasyon Reprèzantan jiridik lan genyen avèk Pasyan an (si genyen)

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)

ENSTRIKSYON POU VOYE TOUNEN FÒM LA: Tanpri enprime, ranpli e voye tounen fòm la swa :

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