

सभी प्रतिभागियों के लिए सहमति की अस्वीकृति

मैं समझता/समझती हूँ कि इस प्रपत्र पर हस्ताक्षर करके, मैं उन सभी स्वास्थ्य देखभाल प्रदाताओं, भुगतानकर्ताओं और बीमा प्रदाताओं और उनके स्टाफ में काम करने वाले सभी प्रदाताओं को किसी भी प्रयोजन से, यहाँ तक कि चिकित्सीय आपातकाल में भी, NY देखभाल सूचना गेटवे (NY Care Information Gateway) के माध्यम से मेरी स्वास्थ्य संबंधी सूचनाएं देखने के लिए सहमति देने से मना कर रहा/रही हूँ।

अपनी सहमति वापस लेकर, मैं समझता/समझती हूँ कि:

- जिन स्वास्थ्य देखभाल प्रदाताओं, भुगतानकर्ताओं या बीमा प्रदाताओं को मैंने पहले अपनी सहमति दी होगी, हो सकता है कि वे मेरी मूल सहमति के प्रभावी रहने के दौरान मेरी स्वास्थ्य संबंधी सूचनाएं देख चुके हों और उनकी प्रतिलिपि बना चुके हों अथवा अपने चिकित्सा रिकॉर्ड में ये सूचनाएं शामिल कर चुके हों। हालाँकि मैंने अपनी सहमति वापस लेने का निर्णय किया है, फिर भी इन स्वास्थ्य देखभाल प्रदाताओं, भुगतानकर्ताओं या बीमा प्रदाताओं से ये सूचनाएं वापस करने अथवा अपने रिकॉर्ड से इन सूचनाओं को हटाने की अपेक्षा नहीं की जाती।
- सहमति की यह स्वीकृति उन सभी स्वास्थ्य देखभाल प्रदाताओं, भुगतानकर्ताओं और बीमा प्रदाताओं पर लागू होती है जो NY देखभाल सूचना गेटवे के माध्यम से सूचना एक्सेस करते हैं।
- सहमति की इस अस्वीकृति पर कार्रवाई करने में अनेक दिन लग सकते हैं।
- मैं समझता/समझती हूँ कि यदि मैं सहमति की इस अस्वीकृति पर हस्ताक्षर करता/करती हूँ, तो यह मेरे इसे वापस लिए जाने तक लागू रहेगी। इसका यह अर्थ है कि मैं किसी स्वास्थ्य देखभाल प्रदाता, भुगतानकर्ता या बीमा प्रदाता को सहमति की इस अस्वीकृति के लागू रहने पर NY देखभाल सूचना गेटवे के माध्यम से अपनी स्वास्थ्य संबंधी सूचनाएं देखने के लिए अधिकार नहीं दे पाऊँगा/पाऊँगी। यदि मैं सहमति की यह अस्वीकृति वापस लेना चाहता/चाहती हूँ, तो मैं NY देखभाल सूचना गेटवे से info@nycig.org या 718-334-5844 पर संपर्क करके और NY देखभाल सूचना गेटवे को यह सूचित करके किसी भी समय ऐसा कर सकता/सकती हूँ कि मैं सभी प्रतिभागियों के लिए सहमति की अपनी अस्वीकृति रद्द करना चाहता/चाहती हूँ।
- NY देखभाल सूचना गेटवे का कोई भी प्रतिभागी सहमति की इस अस्वीकृति के आधार पर मुझे चिकित्सा उपचार देने से मना नहीं कर सकता।

रोगी का पूरा स्पष्ट नाम

रोगी की जन्म तिथि

रोगी का पता/ नगर/ राज्य/ज़िले

फोन/ईमेल

रोगी या रोगी के कानूनी प्रतिनिधि के हस्ताक्षर

तारीख

रोगी के कानूनी प्रतिनिधि का स्पष्ट नाम (यदि लागू हो)

कानूनी प्रतिनिधि का रोगी से रिश्ता (यदि लागू हो)

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)

वापस करने के अनुदेश: कृपया इस प्रपत्र को प्रिंट करें, भरें और इनमें से किसी भी तरीके से वापस करें:

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