



## Odmowa udzielenia zgody wszystkim uczestnikom

Rozumiem, że podpisując niniejszy formularz, ODMAWIAM UDZIELENIA ZGODY WSZYSTKIM świadczeniodawcom usług medycznych, płatnikom i ubezpieczycielom i wszystkim świadczeniodawcom, wchodzącym w skład ich personelu, na dostęp do informacji o moim stanie zdrowia za pośrednictwem NY Care Information Gateway w jakimkolwiek celu, *nawet w przypadku nagłego zagrożenia zdrowotnego*.

Wycofując swoją zgodę, rozumiem, że:

- Świadczeniodawcy usług medycznych, płatnicy lub ubezpieczyciele, którym wcześniej udzieliłem zgody, mogli mieć wgląd do informacji o moim stanie zdrowia w okresie obowiązywania poprzednio udzielonej przeze mnie zgody i mogli sporządzić kopie lub dołączyć takie informacje do swojej dokumentacji. Pomimo tego, że zdecydowałem(-am) się wycofać moją zgodę, świadczeniodawcy usług medycznych, płatnicy lub ubezpieczyciele nie są zobowiązani zwrócić takie informacje lub usunąć je ze swojej dokumentacji.
- Niniejsza odmowa udzielenia zgody stosuje się do WSZYSTKICH świadczeniodawców usług medycznych, płatników i ubezpieczycieli, którzy mają dostęp do informacji za pośrednictwem NY Care Information Gateway.
- Przetworzenie niniejszego formularza odmowy udzielenia zgody może zająć kilka dni.
- Rozumiem, że jeśli podpiszę niniejszy formularz odmowy udzielenia zgody, pozostanie on w mocy do momentu, kiedy wycofam swą odmowę udzielenia zgody. Oznacza to, że w okresie obowiązywania niniejszej odmowy udzielenia zgody nie będę mógł (mogła) upoważnić żadnego świadczeniodawcy usług medycznych, płatnika lub ubezpieczyciela do dostępu do informacji o moim stanie zdrowia za pośrednictwem NY Care Information Gateway. Niniejszą odmowę udzielenia zgody mogę wycofać w dowolnym momencie, kontaktując się z NY Care Information Gateway pisząc na adres: [info@nycig.org](mailto:info@nycig.org) lub dzwoniąc pod numer telefonu 718-334-5844 i informując NY Care Information Gateway, że pragnę odwołać moją odmowę udzielenia zgody wszystkim uczestnikom.
- Żaden uczestnik NY Care Information Gateway nie może odmówić udzielenia mi leczenia w oparciu o niniejszą odmowę udzielenia zgody.

Imię i nazwisko pacjenta drukowanymi literami

Data urodzenia pacjenta

Adres pacjenta/miasto/stan/kod pocztowy

Tel./e-mail

Podpis pacjenta lub przedstawiciela prawnego pacjenta

Data:

Imię i nazwisko przedstawiciela pacjenta drukowanymi literami (jeśli dotyczy)

Związek pomiędzy przedstawicielem prawnym i pacjentem (jeśli dotyczy)

### 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)

**GDZIE ZWRÓCIĆ WYPEŁNIONY FORMULARZ** : Niniejszy formularz należy wydrukować, wypełnić i przesać:

**FAKSEM:** 646-998-8060 lub **POCZTĄ:** NY Care Information Gateway, PO Box 800038, Elmhurst, NY 11380