



## Отзыв согласия для всех участников

Я понимаю, что подписывая данную форму, я ОТЗЫВАЮ СОГЛАСИЕ на то, чтобы ВСЕ поставщики медицинских услуг, плательщики и поставщики страховых услуг, включая весь их персонал, имели доступ к моей медицинской информации через систему NY Care Information Gateway для осуществления любых целей, даже в случае необходимости оказания неотложной помощи.

Отзывая свое согласие, я понимаю, что:

1. Поставщики медицинских услуг, плательщики и поставщики страховых услуг, ранее получившие мое согласие, могли иметь доступ к моей медицинской информации в период действия моего изначального согласия и могли скопировать ее или использовать в своей документации. Несмотря на мое решение отозвать согласие, данные поставщики медицинских услуг, плательщики и поставщики страховых услуг не обязаны возвращать такую информацию или удалять ее из своей медицинской документации.
2. Данный Отзыв согласия распространяется на ВСЕХ поставщиков медицинских услуг, плательщиков и поставщиков страховых услуг, имеющих доступ к информации через систему NY Care Information Gateway.
3. Рассмотрение данного Отзыва согласия может занимать несколько дней.
4. Я понимаю, что в случае подписания данного отзыва согласия этот документ будет действовать до тех пор, пока я его не аннулирую. Это означает, что, пока действует отзыв согласия, я не смогу разрешить какому-либо поставщику медицинских услуг, плательщику или поставщику страховых услуг получить доступ к моей медицинской информации через систему NY Care Information Gateway. Если я хочу аннулировать данный отзыв согласия, я могу сделать это в любое время на веб-сайте NY Care Information Gateway по адресу [info@nycig.org](mailto:info@nycig.org) или позвонив по телефону 718-334-5844 и сообщив сотруднику NY Care Information Gateway, что я хочу аннулировать свой отзыв согласия для всех участников.
5. Ни один из участников системы NY Care Information Gateway не может отказать мне в предоставлении медицинских услуг на основании данного отзыва согласия.

Имя и фамилия пациента печатными буквами	Дата рождения пациента
Адрес пациента: улица/город/штат/индекс	Номер телефона/адрес электронной почты
Подпись пациента или его законного представителя	Дата
Имя и фамилия законного представителя печатными буквами (если применимо)	Кем законный представитель приходится пациенту (если применимо)

### 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)

**ИНСТРУКЦИИ ПО ВОЗВРАТУ.** Распечатайте, заполните и отправьте данную форму любым из двух способов:

**ПО ФАКСУ:** 646-998-8060 | **ПО ПОЧТЕ:** NY Care Information Gateway, PO Box 800038, Elmhurst, NY 11380