



Denegación del consentimiento para todos los participantes

Comprendo que al firmar este formulario, estoy DENEGANDO EL CONSENTIMIENTO para que TODOS los proveedores de atención de la salud, pagadores y proveedores de seguro, y todos los proveedores que integran su personal, accedan a mi información de salud a través de NY Care Information Gateway con cualquier fin, *incluso en casos de emergencia médica*.

Al retirar mi consentimiento, entiendo que:

1. Los proveedores de atención de la salud, los pagadores o proveedores de seguro a los que les haya prestado mi consentimiento previamente para acceder a mi información de salud mientras el consentimiento original se encontraba en vigencia, pueden haber copiado o incluido esta información en sus registros. Si bien decidí retirar mi consentimiento, dichos proveedores de atención de la salud, pagadores o proveedores de seguro no están obligados a devolver o eliminar esta información de sus registros.
2. Esta Denegación del consentimiento rige para TODOS los proveedores de atención de la salud, pagadores y proveedores de seguro que acceden a información a través de NY Care Information Gateway.
3. El proceso de Denegación del consentimiento puede demorar varios días.
4. Comprendo que si firmo esta denegación del consentimiento, dicha denegación permanecerá vigente hasta tanto la retire. Esto significa que no podré autorizar a ningún proveedor de atención de la salud, pagador o proveedor de seguro para que acceda a mi información de salud a través de NY Care Information Gateway mientras esta denegación del consentimiento se encuentre vigente. Si deseo retirar esta Denegación del consentimiento, puedo hacerlo en cualquier momento escribiendo a NY Care Information Gateway a info@nycig.org o llamando al 718-334-5844 e informando a NY Care Information Gateway que deseo rescindir mi Denegación del consentimiento para todos los participantes.
5. Ningún participante de NY Care Information Gateway puede negarme la prestación de tratamiento médico a causa de esta Denegación del consentimiento.

Nombre completo del paciente en letra de imprenta	Fecha de nacimiento del paciente
Dirección/Ciudad/Estado/Código postal del paciente	Teléfono/Correo electrónico
Firma del paciente o representante legal del paciente	Fecha
Nombre del representante legal en letra de imprenta (si corresponde)	Relación del representante legal con el paciente (si corresponde)

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)

INSTRUCCIONES PARA LA DEVOLUCIÓN: Por favor, imprima, complete y devuelva este formulario por:

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



NYC | P.O. Box 800038, Elmhurst, NY 11380
79-01 Broadway, Elmhurst, NY 11373
Tel: 718-334-5844
Long Island | Flowerfield Industrial Park, Building 7,
Suite 44, St. James, NY 11780
Tel: 631-638-4000
www.nycig.org

INSTRUCCIONES PARA LA DEVOLUCIÓN: Por favor, imprima, complete y devuelva este formulario por:

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