

Arabic

سحب الموافقة

اسم مقدم الرعاية الصحية (الذي ستسحب الموافقة منه أو منها): _____

لقد قمت سابقاً بتوقيع "نموذج NY Care Information Gateway لإعطاء الموافقة" أخوّل فيه مقدم الرعاية الصحية المسمّى أعلاه للوصول إلى المعلومات الصحية الخاصة بي من خلال NY Care Information Gateway.

أفهم أنه بالتوقيع على هذا النموذج، فأنا أرفض إعطاء الموافقة لمقدم الرعاية الصحية المسمّى أعلاه وجميع مقدمي الخدمات الذين يعملون ضمن الطاقم الطبي وأفراد طاقم الموظفين لمقدم الرعاية الصحية المسمّى أعلاه، للوصول إلى المعلومات الصحية الخاصة بي من خلال NY Care Information Gateway لأي غرض كان، حتى لو كان في حالات الطوارئ الطبية.

بسحب موافقتي، أفهم الآتي:

1. يجوز لمقدم الرعاية الصحية المسمّى أعلاه أن يكون قد توصل إلى معلومات صحية خاصة بي بينما كانت موافقتي الأصلية سارية المفعول، ويجوز أن يكون قد قام بتصوير هذه المعلومات أو وضعها في سجلاته أو سجلاتها الطبية. وعلى الرغم أنك قررت أن تسحب موافقتك، فلا يتطلب من مقدم الرعاية الصحية المسمّى أعلاه أن يردّ هذه المعلومات أو يزيلها من سجلاته أو سجلاتها.
2. يسري سحب هذه الموافقة على مقدم الرعاية الصحية المسمّى أعلاه ولا يؤثر على الموافقة أو الموافقات التي قد أعطيتها سابقاً لأي مشترك آخر في NY Care Information Gateway.
3. قد تستغرق معالجة سحب هذه الموافقة عدة أيام.
4. إذا كنت أرغب في إعادة إعطاء موافقتي من جديد، فيجوز لي أن أفعل ذلك في أي وقت عن طريق تعبئة نموذج NY Care Information Gateway لإعطاء الموافقة بشكل كامل وتوقيعه وردّه إلى مقدم الرعاية الصحية المسمّى أعلاه.
5. لا يجوز لأي مشارك في منظمة NY Care Information Gateway رفض علاجي الطبي استناداً إلى سحب هذه الموافقة.

| | |
|--|--|
| كتابة اسم المريض (ة) بالكامل بحروف كبيرة وواضحة | تاريخ ميلاد المريض (ة) |
| عنوان المريض (ة) / المدينة / الولاية / الرمز البريدي | الهاتف / البريد الإلكتروني |
| توقيع المريض (ة) أو الممثل القانوني للمريض (ة) | التاريخ |
| كتابة اسم الممثل القانوني للمريض (ة) بحروف كبيرة وواضحة (إن وجد) | علاقة الممثل القانوني بالمريض (ة) (إن وجد) |

إرشادات الرد: يُرجى طباعة هذا النموذج وتعبئته بالكامل وردّه إما عن طريق:

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