



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

Chinese

同意書撤銷表

醫療保健提供者名稱（您要撤銷同意的機構）：_____

我以前簽署過一份「紐約醫療資訊網同意書」，授權醫療保健提供者（「HP」）透過紐約醫療資訊網讀取我的健康資訊。

我瞭解，簽署本同意書撤銷表表示我**不同意**上方列出的醫療保健提供者以及為其醫務人員和工作人員服務的所有提供者出於任何目的（甚至在緊急醫療情況下）透過紐約醫療資訊網讀取我的健康資訊。

透過撤銷我的同意，我瞭解：

1. 上述醫療保健提供者在原同意書生效期間可能存取過我的健康資訊，並有可能複製或將此類資訊納入其醫療記錄。即使我決定撤銷同意書，上述醫療保健提供者都無需交回此資訊或從他們的記錄中將其移除。
2. 本同意書撤銷表適用於上述醫療保健提供者，但對我之前提供給其他紐約醫療資訊網簽約參與者的同意書沒有影響。
3. 本同意書撤銷表可能需要幾天處理時間。
4. 如果我想恢復同意，可以隨時填寫並簽署一份新的紐約醫療資訊網同意書，並將其交還上述醫療保健提供者。
5. 紐約醫療資訊網簽約參與者不會因為本同意書撤銷表而拒絕為我提供治療。

患者正楷姓名

患者的出生日期

患者的地址/城市/州/郵遞區號

電話/電子郵箱

患者或患者的法定代表簽名

日期

患者的法定代表正楷姓名（如果適用）

法定代表與患者的關係（如果適用）

交回說明：請清晰填妥本表格，然後透過以下方式交回本表格：

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