



NY Care Information Gateway,
PO 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

French

Retrait du consentement

Nom du prestataire de soins de santé (auprès duquel vous retirez votre consentement) : _____

J'ai précédemment signé un « Formulaire de consentement NY Care Information Gateway » autorisant le Prestataire de soins de santé nommé ci-dessus à consulter mes données médicales par le biais de NY Care Information Gateway.

Je comprends qu'en signant ce formulaire, je REFUSE DE CONSENTIR à ce que le prestataire de soins de santé nommé ci-dessus, ainsi que tous les prestataires faisant partie intégrante du personnel médical ou autre personnel dudit prestataire, consultent mes données médicales par l'intermédiaire de NY Care Information Gateway à quelque fin que ce soit, *même en cas d'urgence médicale*.

En retirant mon consentement, je comprends que :

1. Il se peut que le prestataire de soins de santé nommé ci-dessus ait consulté mes données médicales alors que mon consentement initial était en vigueur, et ait copié ou inclus ces données à ses dossiers médicaux. Bien que vous ayez décidé de retirer votre consentement, le prestataire de soins de santé nommé ci-dessus n'est pas dans l'obligation de restituer ces données ou de les supprimer de ses dossiers.
2. Ce Retrait de consentement s'applique au prestataire de soins de santé nommé ci-dessus et n'affecte pas le ou les consentements que j'ai pu accorder précédemment à d'autres Participants à NY Care Information Gateway.
3. Le traitement de ce Retrait de consentement peut prendre plusieurs jours.
4. Si je souhaite rétablir mon consentement, je peux le faire à tout moment en remplissant et signant un nouveau Formulaire de consentement NY Care Information Gateway et en l'envoyant au prestataire de soins de santé nommé ci-dessus.
5. Aucun participant à NY Care Information Gateway ne peut me refuser un traitement médical sur la base du présent Retrait de consentement.

_____	_____
Nom complet du patient en caractères d'imprimerie	Date de naissance du patient
_____	_____
Adresse/Ville/État/Code postal du patient	Numéro de téléphone/Adresse électronique
_____	_____
Signature du patient ou de son représentant légal	Date
_____	_____
Nom du représentant légal du patient (s'il y a lieu) en caractères d'imprimerie	Relation du représentant légal avec le patient (s'il y a lieu)

CONSIGNES D'ENVOI : veuillez imprimer, remplir et renvoyer ce formulaire en utilisant l'une des méthodes suivantes :

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