

हटने क सहमति

वा य देखभाल दाता का नाम (जिससे आप सहमति वापस ले रहे ह): _____

मने पहले एक "NY Care Information Gateway सहमति प" पर ह ता र करके उपरोक्त वा य देखभाल दाता ("HP") को NY Care Information Gateway के मा यम से मेरी वा य संबंधी सूचनाएं देखने के लिए अधिकृत क्या था।

म जानता ँ क सहमति वापस लेने के इस प पर ह ता र करके, म उन सभी दाता को जो ऊपर सूचीब HP के मेडिकल टाफ या टाफ के सद य के लिए काम करते ह, कसी भी योजन से, यहाँ तक क चि क सीय आपातकाल म भी NY Care Information Gateway के मा यम से अपनी वा य संबंधी सूचनाएं देखने से मना कर रहा ँ।

अपनी सहमति वापस लेकर, म समझता ँ क:

- हो सकता है उपरोक्त HP, मेरी मूल सहमति के भावी रहने के दौरान मेरी वा य संबंधी सूचनाएं देख चुके ह और उनक तिलिपि बना चुके ह अथवा चि क सा अभिलेख म ये सूचनाएं शामिल कर चुके ह। य पि आप अपनी सहमति वापस लेने का निणय कर चुके ह, फर भी उपरोक्त HP से ये सूचनाएं वापस करने अथवा उनके अभिलेख से सूचना को हटाने क अपे ा नह क जाती।
- सहमति वापस लेने का यह प केवल ऊपर सूचीब HP पर लागू होता है तथा यह उस सहमति(य) को भावित नह करता जो मने Interboro RHIO के कसी अन्य तिभागी(गिय) को दी होगी।
- सहमति वापस लेने के संस्करण म कई दन लग सकते ह।
- य द म सहमति को बहाल करने क इच्छा कं, तो म एक नया NY Care Information Gateway सहमति प पर हस्ता र करके तथा उसे उपरोक्त HP को वापस करके ऐसा कर सकता ँ।
- इस सहमति के वापस लेने के आधार पर NY Care Information Gateway के तिभागी मुझे चि कत्सा उपचार देने से मना कर सकते ह।

रोगी का पूरा प नाम

रोगी क ज मतिथि

रोगी का पता/ शहर/ रा य/ज़िप

फोन/ईमेल

रोगी या रोगी के कानूनी तिनिधि के ह ता र

तारीख

रोगी के कानूनी तिनिधि का प नाम (य द लागू हो)

कानूनी तिनिधि का रोगी से र ता (य द लागू हो)

वापस करने के अनुदेश: कृपया इस प को ंट कर, भर और इनम से कसी भी तर के से वापस कर:

फै स: 646-998-8060 | डाक: NY Care Information Gateway, PO Box 800038, Elmhurst, NY 11380