



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

Korean

동의 철회서

의료인 이름(동의 철회 대상): _____

본인은 이전에 상기 의료인(이하 “HP”)이 NY Care Information Gateway 를 통해 본인의 건강 정보를 조회할 수 있는 권한을 부여하는 “NY Care Information Gateway 동의서”에 서명했습니다.

본인은 본 양식에 서명함으로써 상기 HP와 상기 HP의 일원으로 일하는 모든 의료인이 *의학적 응급 상황에*서라도 어떤 목적으로든 NY Care Information Gateway를 통해 본인의 건강 정보를 조회하도록 허용하는 **동의를 거부**하게 된다는 사실을 이해하고 있습니다.

동의를 철회함으로써 본인은 다음과 같은 내용을 양해합니다.

1. 상기 HP는 원래의 동의서가 효력이 있는 동안 본인의 건강 정보를 조회해 이 정보를 복사하거나 자체 의료 기록에 포함시켰을 수 있습니다. 본인이 동의를 철회하기로 결정했다라도 상기 HP는 이 정보를 반납하거나 자체 기록에서 삭제해야 할 의무가 없습니다.
2. 본 동의 철회서는 위에 나열된 HP에 적용되며, 본인이 이전에 다른 NY Care Information Gateway 참여 의료인에게 제공했을 수 있는 동의에는 영향을 미치지 않습니다.
3. 본 동의 철회서를 처리하는 데 며칠이 소요될 수 있습니다.
4. 동의를 원래대로 회복시키고자 하는 경우, 본인은 새로운 NY Care Information Gateway 동의서를 작성하고 서명하여 상기 HP에 이를 제출함으로써 언제든지 그렇게 할 수 있습니다.
5. 어떠한 NY Care Information Gateway 참여 의료인도 본 동의 철회서를 근거로 본인에 대한 진료를 거부할 수 없습니다.

환자 성명(인쇄체)	환자 생년월일
환자 주소/도시/주/우편번호	전화번호/이메일
환자 또는 환자 법적 대리인의 서명	날짜
환자 법적 대리인의 성명(인쇄체)(해당되는 경우)	법적 대리인과 환자의 관계(해당되는 경우)

재발송 지침: 본 양식을 인쇄하여 모두 작성하신 후, 다음 방법 중 하나를 이용해 보내주십시오.
 팩스: 646-998-8060 | 우편: NY Care Information Gateway, PO Box 800038, Elmhurst, NY 11380