



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](http://www.nycig.org)

Russian

## Отзыв согласия

Имя/наименование поставщика медицинских услуг (у которого вы отзывате согласие) \_\_\_\_\_

Ранее я подписал(а) «Форму согласия NY Care Information Gateway», дав указанному выше поставщику медицинских услуг («НР») разрешение на доступ к моей медицинской информации через систему NY Care Information Gateway.

Я понимаю, что подписывая данную форму, я ОТЗЫВАЮ СОГЛАСИЕ на то, чтобы указанный выше поставщик медицинских услуг, включая весь его медицинский и иной персонал, имели доступ к моей медицинской информации через систему NY Care Information Gateway *даже в случае необходимости оказания неотложной помощи.*

Отзывая свое согласие, я понимаю, что:

1. Указанный выше поставщик медицинских услуг мог иметь доступ к моей медицинской информации в период действия моего согласия и мог скопировать ее и использовать в своей медицинской документации. Несмотря на мое решение отозвать согласие, указанный выше поставщик медицинских услуг не обязан возвращать информацию, использованную в его медицинской документации.
2. Данный отзыв согласия относится к указанному выше поставщику медицинских услуг и не влияет на согласие(-я), которое(-ые) я давал(а) ранее другим участникам системы NY Care Information Gateway.
3. Рассмотрение отзыва согласия может занимать несколько дней.
4. Если я пожелаю восстановить согласие, я могу сделать это в любой момент, подписав и заполнив новую форму согласия NY Care Information Gateway и предоставить ее указанному выше поставщику медицинских услуг.
5. Ни один из участников системы NY Care Information Gateway не может отказать мне в предоставлении медицинских услуг на основании данного отзыва согласия.

Имя и фамилия пациента печатными буквами

Дата рождения пациента

Адрес пациента: улица/город/штат/индекс

Номер телефона/адрес электронной почты

Подпись пациента или его законного представителя

Дата

Имя и фамилия законного представителя печатными буквами (если применимо)

Кем законный представитель приходится пациенту (если применимо)

**ИНСТРУКЦИИ ПО ВОЗВРАТУ.** Распечатайте, заполните и отправьте данную форму любым из двух способов:

**ПО ФАКСУ:** 646-998-8060 | **ПО ПОЧТЕ:** NY Care Information Gateway, PO Box 800038, Elmhurst, NY 11380