



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

Spanish

Retiro del consentimiento

Nombre del proveedor de atención médica (al cual usted le retira su consentimiento):

Yo he firmado anteriormente un “Formulario de Consentimiento NY Care Information Gateway” mediante el cual autorizaba al Proveedor de atención médica (“HP”) mencionado anteriormente a acceder a mi información de salud a través de NY Care Information Gateway.

Al firmar este Formulario de Retiro del Consentimiento, estoy DENEGANDO EL CONSENTIMIENTO para que todos los proveedores incluidos en el personal administrativo y médico del proveedor de atención médica mencionado más arriba accedan a mi información de salud a través de NY Care Information Gateway con cualquier fin, *aún en caso de una emergencia médica*.

Al retirar mi consentimiento, entiendo que:

1. El proveedor de atención médica mencionado anteriormente puede haber accedido a mi información de salud mientras mi consentimiento original estaba vigente y puede haber copiado o incluido esta información en sus registros médicos. Si bien usted ha decidido retirar su consentimiento, dicho proveedor de atención médica no está obligado a devolver o quitar su información de sus registros.
2. Este Retiro del consentimiento aplica al proveedor de atención médica mencionado anteriormente y no afecta el/los consentimiento(s) que yo haya otorgado previamente a otro(s) participante(s) de NY Care Information Gateway.
3. El procesamiento del Retiro del consentimiento puede demorar varios días.
4. Si deseo restablecer consentimiento, puedo hacerlo en cualquier momento firmando y completando un nuevo Formulario de Consentimiento NY Care Information Gateway, y presentándolo ante el Proveedor de atención médica mencionado anteriormente.
5. Ningún participante de NY Care Information Gateway puede denegarme tratamiento médico a causa de este Retiro del consentimiento.

Nombre completo del paciente en letra de imprenta

Fecha de nacimiento del paciente

Dirección/Ciudad/Estado/Código postal del paciente

Teléfono/Correo electrónico

Firma del paciente o representante legal del paciente

Fecha

Nombre del representante legal en letra de imprenta (si corresponde)

Relación del Representante legal con el paciente (si corresponde)

INSTRUCCIONES PARA LA DEVOLUCIÓN: Complete con letra de imprenta y entregue este formulario a través de:

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