

Refuzim Aprovimi për të Gjithë Pjesëmarrësit

E kuptoj se duke firmosur këtë formular, unë po REFUZOJ TË JAP APROVIMIN për TË GJITHË Ofruesit e Kujdesit Shëndetësor, Paguesit dhe Ofruesit e Siguracioneve dhe të gjithë ofruesit që shërbejnë me stafin e tyre, të përdorin informacionet e mia shëndetësore përmes NY Care Information Gateway për asnjë qëllim, *madje edhe në një emergjencë mjekësore.*

E kuptoj se:

- Ofruesit e Kujdesit Shëndetësor, Paguesit ose Ofruesit e Siguracioneve të cilëve mund t'u kem dhënë më parë aprovimin tim mund të kenë parë informacionet e mia shëndetësore ndërkohë që aprovimi im i mëparshëm ishte akoma në fuqi dhe mund të kenë kopjuar ose përfshirë këto informacione në regjistrimet e tyre. Megjithëse kam vendosur që të anuloj aprovimin tim për të gjitha entet e renditura më sipër, këtyre Ofruesve të Kujdesit Shëndetësor, Paguesve ose Ofruesve të Siguracioneve nuk u kërkohet të kthejnë këto informacione apo t'i heqin informacionet nga regjistrimet e tyre.
- Ky Refuzim Aprovimi zbatohet për TË GJITHË Ofruesit e Kujdesit Shëndetësor, Paguesit dhe Ofruesit e Siguracioneve të cilët mund të kenë akses në informacionet përmes NY Care Information Gateway.
- Mund të duhen disa ditë që të përpunohet ky Refuzim Aprovimi.
- E kuptoj se, nëse firmos këtë refuzim aprovimi, do të mbetet në fuqi derisa ta tërheq. Kjo do të thotë që nuk do të jem në gjendje të autorizoj asnjë Ofrues të Kujdesit Shëndetësor, Pagues ose Ofrues Siguracioni që të ketë akses në informacionet e mia përmes NY Care Information Gateway ndërkohë që ky refuzim është akoma në fuqi. Nëse dua të tërheq këtë refuzim aprovimi, mund ta bëj këtë në çdo kohë duke kontaktuar NY Care Information Gateway në privacy@nycig.org ose 212.601.1987 dhe duke i treguar NY Care Information Gateway se dua të anuloj Refuzimin e Aprovimit për të Gjithë Pjesëmarrësit.
- Asnjë Pjesëmarrës i NY Care Information Gateway nuk mund të më refuzojë trajtimin mjekësor duke u bazuar në këtë Refuzim Aprovimi.

Emri i Plotë i Shtypur i Pacientit

Datëlindja e Pacientit

Adresa e Pacientit/ Qyteti/ Shteti/ Zip

Telefon/ Email

Nënshkrimi i pacientit ose i përfaqësuesit ligjor të pacientit

Data

Emri i Shtypur i Përfaqësuesit Ligjor të Pacientit
(nëse është e zbatueshme)

Marrëdhënia e përfaqësuesit ligjor me pacientin
(nëse është e zbatueshme)

NOTERI PUBLIK

Ky dokument është firmosur para meje sot më _____ 20_____.

Në _____ rrethi në shtetin e _____.

Emri me shtyp i noterit

Mandati im skadon: _____

Firma e noterit

(Vula)

UDHËZIME PËR KTHIMIN: Ju lutem printojeni, plotësojeni dhe kthejeni këtë formular ose me:

FAX: 631.250.9192 | **POSTË:** NY Care Information Gateway, 225 W. 34th Street, NYC, NY 10122