

إلغاء الموافقة لجميع المشاركين

أدرك وأفهم أنه بتوقيعي على هذا النموذج، فإني ألغي موافقتي لجميع موفري الرعاية الصحية والجهات القائمة بالسداد وموفري التأمين - وكذلك جميع موفري الخدمة الذين يعملون ضمن طاقم موظفيهم - على وصولهم إلى معلوماتي الصحية من خلال بوابة المعلومات NY Care Information Gateway لأي غرض من الأغراض، حتى في حالات الطوارئ الطبية.

أدرك وأفهم ما يلي:

1. أن موفري الرعاية الصحية والجهات القائمة بالسداد وموفري التأمين الذين أعطيتهم سابقاً موافقتي قد قاموا بالوصول إلى المعلومات الصحية الخاصة بي حينما كانت موافقتي الأصلية سارية المفعول وربما قاموا بنسخ هذه المعلومات أو إدراجها في سجلاتهم. وبالرغم من أنني قررت إلغاء موافقتي لجميع الجهات والكيانات المدرجة أعلاه، فإن موفري الرعاية الصحية والجهات القائمة بالسداد وموفري التأمين هؤلاء غير مطالبين بإعادة هذه المعلومات أو إزالتها من سجلاتهم.
2. أن إلغاء الموافقة هذا يسري على جميع موفري الرعاية الصحية والجهات القائمة بالسداد وموفري التأمين الذين لهم إمكانية الوصول إلى المعلومات من خلال بوابة المعلومات NY Care Information Gateway.
3. قد يستغرق الأمر عدة أيام لتخليص إجراءات إلغاء الموافقة هذا.
4. أنه إذا وقعتُ على نموذج إلغاء الموافقة هذا، فسوف يظل ساريًا المفعول حتى أسحبه/أراجع عنه بنفسي. وهذا يعني أنني لن أتمكن من تفويض أي موفر رعاية صحية أو جهة قائمة بالسداد أو موفر تأمين للوصول إلى معلوماتي الصحية من خلال بوابة المعلومات NY Care Information Gateway حينما يكون إلغاء الموافقة هذا ساريًا المفعول. وإذا رغبتُ في أن أسحب/أراجع عن إلغاء الموافقة هذا، يجوز لي القيام بذلك في أي وقت من خلال الاتصال بـ NY Care Information Gateway على البريد الإلكتروني privacy@nycig.org أو الاتصال هاتفياً على الرقم 212.601.1987 وإبلاغ NY Care Information Gateway بأنني أرغب في التراجع عن إغائي الموافقة لجميع المشاركين.
5. لا يجوز لأي من مشاركي NY Care Information Gateway حرمانني من أي علاج طبي استناداً إلى إلغاء الموافقة هذا.

يرجى كتابة اسم المريض بالكامل بأحرف واضحة	تاريخ ميلاد المريض
العنوان/المدينة/الولاية/الرمز البريدي الخاص بالمريض	الهاتف/البريد الإلكتروني
توقيع المريض أو الممثل القانوني للمريض	التاريخ
يرجى كتابة اسم الممثل القانوني للمريض بأحرف واضحة (إذا كان ذلك ينطبق)	علاقة الممثل القانوني بالمريض (إذا كان ذلك ينطبق)

كاتب العدل

تم التوقيع على هذه الوثيقة أمامي في هذا اليوم الموافق _____ من شهر _____ سنة 20____ في مقاطعة _____ في ولاية _____.

اسم كاتب العدل مكتوباً بأحرف واضحة
ينتهي تكليفي في: _____ (الختم)
توقيع كاتب العدل

التعليمات الخاصة بالإعادة: يرجى طباعة هذا النموذج وتعبئة بياناته وإعادته إلينا بإحدى الطريقتين التاليتين:

بالفكس على الرقم: 631.250.9192 | بالبريد على العنوان: NY Care Information Gateway, 225 W. 34th Street, NYC, NY 10122