

## सभी प्रतिभागियों के लिए सहमति से इंकार (Denial of Consent for All Participants)

मैं समझता/समझती हूँ कि इस प्रपत्र पर हस्ताक्षर करके, मैं सारे स्वास्थ्य देखभाल प्रदाताओं (ALL Healthcare Providers), भुगतानकर्ताओं और बीमा प्रदाताओं तथा उन सभी प्रदाताओं के लिए सहमति से इंकार कर रहा/रही हूँ, जो किसी भी प्रयोजन से, यहाँ तक कि किसी चिकित्सीय आपातकाल में भी, NY परिचर्या सूचना गेटवे (Care Information Gateway) के जरिए स्वास्थ्य संबंधी मेरी सूचनाओं तक पहुँच के लिए अपने स्टाफ की सेवा लेते हैं।

मैं समझता/समझती हूँ कि:

- स्वास्थ्य देखभाल प्रदाताओं, भुगतानकर्ताओं या बीमा प्रदाताओं को जिन्हें हो सकता है कि मैंने अपनी मूल सहमति के प्रभावी रहने के दौरान, अपनी स्वास्थ्य संबंधी सूचनाओं तक पहुँच के लिए पहले ही सहमति प्रदान कर दी हो, उन्होंने इन सूचनाओं को अपने रिकॉर्डों में कॉपी या शामिल कर लिया हो। हालांकि मैंने ऊपर सूचीबद्ध सारी संस्थाओं के लिए अपनी सहमति से इंकार करने का निर्णय लिया है, लेकिन इन स्वास्थ्य देखभाल प्रदाताओं, भुगतानकर्ताओं या बीमा प्रदाताओं से इन सूचनाओं को वापस करने या इन सूचनाओं को अपने रिकॉर्ड से हटाने की अपेक्षा नहीं की जाती।
- यह सहमति से इंकार उन सभी स्वास्थ्य देखभाल प्रदाताओं, भुगतानकर्ताओं और बीमा प्रदाताओं पर लागू होता है, जो NY परिचर्या सूचना गेटवे के जरिए सूचनाओं तक पहुँच बनाते हैं।
- इस सहमति से इंकार की प्रक्रिया में कई दिन लग सकते हैं।
- मैं समझता/समझती हूँ कि यदि मैं इस सहमति से इंकार पर हस्ताक्षर करता/करती हूँ, तो जब तक मैं इसे वापस नहीं ले लेता/लेती, यह तब तक लागू रहेगा। इसका मतलब यह है कि जब तक यह सहमति से इंकार प्रभावी है, तब तक मैं किसी भी स्वास्थ्य देखभाल प्रदाता, भुगतानकर्ता या बीमा प्रदाता को NY परिचर्या सूचना गेटवे के जरिए मेरी स्वास्थ्य संबंधी सूचनाओं तक पहुँच के लिए प्राधिकृत नहीं कर पाऊंगा/पाऊंगी। यदि मेरी इच्छा इस सहमति से इंकार को वापस लेने की हो, तो मैं किसी भी समय NY परिचर्या सूचना गेटवे से [privacy@nycig.org](mailto:privacy@nycig.org) or 212.601.1987 पर संपर्क करके और NY परिचर्या सूचना गेटवे को यह सूचना देकर ऐसा कर सकता/सकती हूँ कि मैं सभी प्रतिभागियों के लिए अपने सहमति से इंकार को समाप्त करना चाहता/चाहती हूँ।
- कोई भी NY परिचर्या सूचना गेटवे प्रतिभागी (Care Information Gateway Participant) सहमति के इस इंकार के आधार पर मुझे चिकित्सीय उपचार से मना नहीं कर सकता।

---

रोगी का पूरा स्पष्ट नाम

---

रोगी की जन्म की तारीख

---

रोगी का पता/ शहर/ राज्य/ ज़िप

---

फोन/ ईमेल

---

रोगी अथवा रोगी के कानूनी प्रतिनिधि के हस्ताक्षर

---

दिनांक

---

रोगी के कानूनी प्रतिनिधि का स्पष्ट नाम (यदि लागू हो)

---

कानूनी प्रतिनिधि का रोगी से रिश्ता (यदि लागू हो)

### नोटरी पब्लिक

इस दस्तावेज़ पर मेरे सामने वर्ष 20\_\_\_\_ के \_\_\_\_\_ महीने की \_\_\_\_\_ तारीख \_\_\_\_\_ को हस्ताक्षर किए गए।

देश के \_\_\_\_\_ राज्य में।

---

नोटरी का स्पष्ट नाम

मेरा कमीशन समाप्त होता है: \_\_\_\_\_

---

नोटरी के हस्ताक्षर

(मुहर)

**वापस करने के अनुदेश:** कृपया इस प्रपत्र को प्रिंट करें, भरें और किसी एक तरीके से वापस लौटाएं:

**फैक्स:** 631.250.9192 | **मेल:** NY Care Information Gateway, 225 W. 34<sup>th</sup> Street, NYC, NY 10122