

## 모든 참여기관에 대한 동의 거부서

본 양식에 서명함으로써 귀하는 모든 의료서비스 제공자, 지급자, 보험 제공자, 그리고 모든 제공자의 직원들이 NY Care Information Gateway를 통해 *의학적 응급상황에서라도* 어떠한 목적으로든 귀하의 건강 정보에 접근하는 것을 허용하는 동의를 거부하게 된다는 것을 이해합니다.

귀하가 이해하시는 사항은 다음과 같습니다.

1. 귀하가 이전에 동의를 해주셨던 의료서비스 제공자, 지급자 또는 보험 제공자는 귀하의 이전 동의가 효력을 가지는 동안 귀하의 건강 정보에 접근했거나, 이를 복사했거나, 자체 기록에 포함시켰을 수 있습니다. 비록 귀하가 위에 나열된 모든 대상들에 대한 동의에 거부하기로 결정하셨더라도, 해당 의료서비스 제공자, 지급자 또는 보험 제공자에는 귀하의 정보를 반환하거나 자체 기록에서 삭제해야 할 의무가 없습니다.
2. 본 동의의 거부는 NY Care Information Gateway를 통해 정보에 접근하는 “모든” 의료서비스 제공자, 지급자, 그리고 보험 제공자에게 적용됩니다.
3. 본 동의의 거부서를 처리하는 데 며칠이 소요될 수 있습니다.
4. 귀하는 본 동의의 거부서에 서명할 경우 귀하가 이를 철회하시기 전까지 효력을 가지게 됨을 이해합니다. 이는 본 동의서가 유효한 동안 NY Care Information Gateway를 통해 귀하의 건강 정보에 접근하는 의료서비스 제공자, 지급자 또는 보험 제공자에게 귀하의 정보에 접근할 수 있는 허가를 내어줄 수 없음을 뜻합니다. 모든 참여 기관에 대한 동의 거부서를 철회하고자 하시는 경우 NY Care Information Gateway 이메일 [privacy@nycig.org](mailto:privacy@nycig.org)나 전화 212.601.1987번으로 연락 주셔서 철회 의사를 밝히실 수 있습니다.
5. 어떤 NY Care Information Gateway 참여 기관도 본 동의의 거부서를 근거로 귀하에 대한 치료를 거부하지 않습니다.

환자 성명(인쇄체)	환자 생년월일
환자 주소/도시/주/우편번호	전화번호/이메일
환자 또는 환자 법적 대리인의 서명	날짜
환자 법적 대리인의 성명(인쇄체)(해당되는 경우)	법적 대리인과 환자의 관계(해당되는 경우)

### 공증

이 문서는 20\_\_년 \_\_월 \_\_일에 제가 보는 앞에서 서명되었습니다.

\_\_\_\_\_주 \_\_\_\_\_카운티.

공증인 이름(인쇄체)  
공증인가만료일: \_\_\_\_\_

공증인 서명  
(인)

**반송 지침:** 본 양식을 인쇄하여 모두 작성하신 후, 다음 방법 중 하나를 이용해 보내주십시오.

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