

Odmowa udzielenia zgody wszystkim uczestnikom

Rozumiem, że podpisując niniejszy formularz, ODMAWIAM UDZIELENIA ZGODY WSZYSTKIM świadczeniodawcom usług medycznych, płatnikom i ubezpieczycielom, a także wszystkim świadczeniodawcom wchodzącym w skład ich personelu na dostęp do informacji o moim stanie zdrowia za pośrednictwem NY Care Information Gateway w jakimkolwiek celu, *nawet w przypadku nagłego zagrożenia życia lub zdrowia*.

Rozumiem, że:

- Świadczeniodawcy usług medycznych, płatnicy lub ubezpieczyciele, którzy uprzednio uzyskali moją zgodę, mogli mieć wgląd do informacji o moim stanie zdrowia w okresie obowiązywania poprzednio udzielonej przeze mnie zgody i mogli sporządzić kopie lub dołączyć takie informacje do swojej dokumentacji. Pomimo mojej decyzji o wycofaniu zgody dla wszystkich wymienionych powyżej podmiotów świadczeniodawcy usług medycznych, płatnicy lub ubezpieczyciele nie są zobowiązani do zwrotu takich informacji ani usunięcia ich ze swojej dokumentacji.
- Niniejsza odmowa udzielenia zgody stosuje się do WSZYSTKICH świadczeniodawców usług medycznych, płatników i ubezpieczycieli, którzy mają dostęp do informacji za pośrednictwem NY Care Information Gateway.
- Przetworzenie niniejszego formularza odmowy udzielenia zgody może zająć kilka dni.
- Rozumiem, że jeśli podpiszę niniejszy formularz odmowy udzielenia zgody, pozostanie on w mocy do momentu wycofania przeze mnie odmowy udzielenia zgody. Oznacza to, że w okresie obowiązywania niniejszej odmowy udzielenia zgody nie mogę upoważnić żadnego świadczeniodawcy usług medycznych, płatnika ani ubezpieczyciela do uzyskiwania dostępu do informacji o moim stanie zdrowia za pośrednictwem NY Care Information Gateway. Niniejszą odmowę udzielenia zgody mogę wycofać w dowolnym momencie, kontaktując się z NY Care Information Gateway pod adresem privacy@nycig.org lub pod numerem telefonu 212 601 1987 i informując NY Care Information Gateway, że pragnę odwołać swoją odmowę udzielenia zgody wszystkim uczestnikom.
- Żaden uczestnik NY Care Information Gateway nie może odmówić mi leczenia na podstawie niniejszej odmowy udzielenia zgody.

Imię i nazwisko pacjenta (drukowanymi literami)	Data urodzenia pacjenta
Adres pacjenta / miejscowość / stan / kod pocztowy	Telefon/e-mail
Podpis pacjenta lub przedstawiciela prawnego pacjenta	Data
Imię i nazwisko przedstawiciela prawnego pacjenta drukowanymi literami (jeżeli dotyczy)	Rodzaj powiązania przedstawiciela prawnego z pacjentem (jeżeli dotyczy)

NOTARIUSZ

Niniejszy dokument został podpisany w mojej obecności w dniu ____ (dzień) _____ (miesiąc) 20____.

W okręgu (county) _____ w stanie _____.

Imię i nazwisko notariusza (drukowanymi literami)
Moje uprawnienia wygasają: _____

Podpis notariusza
(Pieczęć)

INSTRUKCJA ODESŁANIA FORMULARZA: Niniejszy formularz należy wydrukować, wypełnić i zwrócić na jeden z poniższych sposobów:

FAKSEM: 631 250 9192 | **POCZTĄ:** NY Care Information Gateway, 225 W. 34th Street, NYC, NY 10122