

Recusa de Consentimento em relação a todos os participantes

Compreendo que, ao assinar este impresso, faço saber que NÃO AUTORIZO que QUAISQUER Prestadores de Cuidados de Saúde, Contribuintes e Prestadores de Seguros, nem quaisquer prestadores que façam parte dos respetivos quadros, acedam às minhas informações de saúde através da NY Care Information Gateway para qualquer finalidade, inclusivamente no caso de uma emergência médica.

Compreendo que:

1. Os Prestadores de Cuidados de Saúde, os Contribuintes ou os Prestadores de Seguros a quem eu possa anteriormente ter dado o meu consentimento, possam ter acedido às minhas informações de saúde durante a vigência do meu consentimento original, e possam ter copiado ou incluído essas informações nos seus respetivos registos. Embora eu tenha decidido retirar o meu consentimento em relação a todas as entidades acima indicadas, estes Prestadores de Cuidados de Saúde, Contribuintes ou Prestadores de Seguros não são obrigados a devolver estas informações nem a removê-las dos seus registos.
2. Esta Recusa de Consentimento aplica-se a TODOS os Prestadores de Cuidados de Saúde, Contribuintes e Prestadores de Seguros que acedem a informações através da NY Care Information Gateway.
3. O processamento desta Recusa de Consentimento pode demorar vários dias.
4. Compreendo que, se assinar esta recusa de consentimento, a mesma manter-se-á em vigor até ser revogada. Isso significa que não poderei autorizar qualquer Prestador de Cuidados de Saúde, Contribuinte ou Prestador de Seguros a aceder às minhas informações de saúde através da NY Care Information Gateway durante a vigência desta Recusa de Consentimento. Se pretender revogar esta recusa de consentimento, poderei fazê-lo em qualquer altura, entrando em contacto com a NY Care Information Gateway através de privacy@nycig.org ou 212.601.1987 e notificando a NY Care Information Gateway de que pretendo revogar a minha Recusa de Consentimento em relação a todos os participantes.
5. Nenhum Participante da NY Care Information Gateway poderá recusar-se a prestar-me tratamento médico com base nesta Recusa de Consentimento.

Nome completo do paciente em letra de imprensa	Data de nascimento do paciente
Morada/ Cidade/ Estado/ Código postal/ do paciente	Telefone/ Email
Assinatura do paciente ou do respetivo representante legal	Data
Nome do representante legal do paciente (caso aplicável) em letra de imprensa	Relação do representante legal com o paciente (caso aplicável)

NOTÁRIO PÚBLICO

Este documento foi assinado na minha presença no dia ____ de _____ de 20____.

No Condado de _____ Estado de _____.

Nome do Notário em letra de imprensa

A minha comissão de serviço notarial expira a: _____

Assinatura do Notário

(Selo)

INSTRUÇÕES DE DEVOLUÇÃO: Imprimir, preencher e devolver este impresso por:

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