

## Отзыв согласия для всех участников

Я понимаю, что путем подписания данной формы я ОТЗЫВАЮ СОГЛАСИЕ на то, чтобы ВСЕ поставщики медицинских услуг, плательщики и поставщики страховых услуг, включая весь их персонал, имели доступ к моей медицинской информации через систему NY Care Information Gateway для любых целей, даже в случае необходимости оказания неотложной помощи.

Я понимаю, что:

1. Поставщики медицинских услуг, плательщики и поставщики страховых услуг, ранее получившие мое согласие, могли иметь доступ к моей медицинской информации в период действия моего изначального согласия и могли скопировать ее или использовать в своей документации. Несмотря на мое решение отозвать согласие для всех перечисленных выше лиц, данные поставщики медицинских услуг, плательщики и поставщики страховых услуг не обязаны возвращать такую информацию или удалять ее из своей документации.
2. Данный отзыв согласия распространяется на ВСЕХ поставщиков медицинских услуг, плательщиков и поставщиков страховых услуг, имеющих доступ к информации через систему NY Care Information Gateway.
3. Рассмотрение данного отзыва согласия может занимать несколько дней.
4. Я понимаю, что в случае подписания данного отзыва согласия этот документ будет действовать до тех пор, пока я его не аннулирую. Это означает, что в течение срока действия отзыва согласия я не смогу разрешить какому-либо поставщику медицинских услуг, плательщику или поставщику страховых услуг получить доступ к моей медицинской информации через систему NY Care Information Gateway. Если я захочу аннулировать данный отзыв согласия, я могу сделать это в любое время, обратившись в NY Care Information Gateway по адресу [privacy@nycig.org](mailto:privacy@nycig.org) или позвонив по телефону 212-601-1987 и сообщив сотруднику NY Care Information Gateway, что я хочу аннулировать свой отзыв согласия для всех участников.
5. Ни один из участников системы NY Care Information Gateway не может отказать мне в предоставлении медицинских услуг на основании данного отзыва согласия.

---

Имя и фамилия пациента печатными буквами	Дата рождения пациента
Адрес пациента: улица/город/штат/индекс	Номер телефона/адрес электронной почты
Подпись пациента или его законного представителя	Дата
Имя и фамилия законного представителя печатными буквами (если применимо)	Кем законный представитель приходится пациенту (если применимо)

### НОТАРИУС

Данный документ подписан в моем присутствии \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Округ \_\_\_\_\_, штат \_\_\_\_\_.

Имя и фамилия нотариуса печатными буквами  
Срок моих полномочий истекает: \_\_\_\_\_

Подпись нотариуса  
(печать)

### **ИНСТРУКЦИИ ПО ВОЗВРАТУ.**

Распечатайте, заполните и отправьте данную форму любым из двух способов:

**ФАКС:** 631-250-9192 | **ПОЧТА:** NY Care Information Gateway, 225 W. 34<sup>th</sup> Street, NYC, NY 10122