



NYC | P.O. Box 800038, Elmhurst, NY 11380  
225 W. 34<sup>th</sup>, 9<sup>th</sup> Fl., New York, NY 10122  
Tel: 212-601-1987  
Long Island | 551 North Country Rd., Ste. 206,  
St. James, NY 11780  
Tel: 631-638-4000  
[www.nycig.org](http://www.nycig.org)

## 针对所有参与者的拒绝同意书

我了解，签署本同意书即表示，我拒绝同意所有医疗服务提供者、付款人和保险提供者以及所有属于其工作人员的提供者通过 NY Care Information Gateway（纽约医疗信息门户）获取我的健康信息，不论其出于何种目的，*即使是在医疗紧急情况下*。

我明白：

1. 先前已获得我同意的医疗服务提供者、付款人或保险提供者可能在原同意书生效期间访问了我的健康信息，并且可能已经复制了这些信息或将其添加至他们的记录中。虽然我已决定拒绝同意上述所有实体的访问权限，但这些医疗服务提供者、付款人或保险提供者无需退回这些信息或将其从记录中删除。
2. 此“拒绝同意书”适用于所有通过 NY Care Information Gateway 获取信息的医疗服务提供者、付款人和保险提供者。
3. 处理此“拒绝同意书”可能需要几天时间。
4. 我了解，如果我签署此拒绝同意书，它将一直有效，直到我将其撤回。这意味着，在本拒绝同意书生效期间，我无法授权任何医疗服务提供者、付款人或保险提供者通过 NY Care Information Gateway 访问我的健康信息。如果我想撤回此拒绝同意书，我可以随时发送电子邮件至 [privacy@nycig.org](mailto:privacy@nycig.org) 或拨打 212.601.1987 联系 NY Care Information Gateway，告知 NY Care Information Gateway 我想撤回“针对所有参与者的拒绝同意书”。
5. NY Care Information Gateway 的任何参与者均不得因该“拒绝同意书”而拒绝为我提供治疗。

---

患者正楷全名

---

患者出生日期

---

患者地址/城市/州/邮政编码

---

电话号码/电子邮箱

---

患者或患者法定代表签名

---

日期

---

患者法定代表正楷姓名（如适用）

---

法定代表与患者的关系（如适用）

### 公证人

本文件在本人面前签署，签署日期为 20\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_ 月 \_\_\_\_ 日。

签署地点为：\_\_\_\_\_ 州的 \_\_\_\_\_ 县。

---

公证人正楷姓名

---

公证人签名

我的许可的有效期：\_\_\_\_\_

（盖章）

**寄回说明：** 请打印、填写并通过以下方式之一寄回此表格：

**传真：** 631.250.9192 | **邮寄信件至：** NY Care Information Gateway, 225 W. 34<sup>th</sup> Street, NYC, NY 10122