



NYC | P.O. Box 800038, Elmhurst, NY 11380
225 W. 34th, 9th 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

Denegación del consentimiento para todos los participantes

Comprendo que al firmar este formulario, estoy DENEGANDO EL CONSENTIMIENTO para que TODOS los proveedores de atención médica, pagadores y proveedores de seguro, y todos los proveedores que integran su personal, accedan a mi información de salud a través de NY Care Information Gateway con cualquier fin, *incluso en casos de emergencia médica*.

Entiendo que:

1. Los proveedores de atención médica, los pagadores o proveedores de seguro a los que les haya prestado mi consentimiento previamente para acceder a mi información de salud mientras el consentimiento original se encontraba vigente pueden haber copiado o incluido dicha información en sus registros. Si bien decidí denegar mi consentimiento para todas las entidades mencionadas anteriormente, dichos proveedores de atención médica, pagadores o proveedores de seguro no están obligados a devolver o eliminar dicha información de sus registros.
2. Esta denegación del consentimiento rige para TODOS los proveedores de atención médica, pagadores y proveedores de seguro que acceden a información a través de NY Care Information Gateway.
3. Puede llevar varios días procesar esta Denegación del consentimiento.
4. Comprendo que si firmo esta denegación del consentimiento, permanecerá vigente hasta que la retire. Esto significa que no podré autorizar a ningún proveedor de atención médica, pagador o proveedor de seguro para que acceda a mi información de salud a través de NY Care Information Gateway mientras esta denegación del consentimiento se encuentre vigente. Si deseo retirar esta denegación del consentimiento, puedo hacerlo en cualquier momento escribiendo a NY Care Information Gateway a privacy@nycig.org o llamando al 212.601.1987 e informando a NY Care Information Gateway que deseo rescindir mi Denegación del consentimiento para todos los participantes.
5. Ningún participante de NY Care Information Gateway puede negarme la prestación de tratamiento médico a causa de esta Denegación del consentimiento.

Nombre completo del paciente en letra de imprenta	Fecha de nacimiento del paciente
Dirección/Ciudad/Estado/Código postal del paciente	Teléfono/Correo electrónico
Firma del paciente o representante legal del paciente	Fecha
Nombre del representante legal en letra de imprenta (si corresponde)	Relación del representante legal con el paciente (si corresponde)

NOTARIO PÚBLICO

Este documento fue firmado ante mí el ____ de _____ de 20____.

En el Condado de _____, Estado de _____.

Nombre del Notario en letra de imprenta
Mi cargo vence: _____

Firma del Notario
(Sello)

INSTRUCCIONES PARA LA DEVOLUCIÓN:

Por favor, imprima, complete y devuelva este formulario por:

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