

## سحب الموافقة من منظمة مشاركة مقدمة للرعاية (“\_\_\_\_\_”)

سبق لي أن وقعت على نموذج موافقة المريض بما يسمح لـ [\_\_\_\_\_] بالحصول على المعلومات الطبية الخاصة بي من خلال  
Brooklyn Health Information Exchange (“BHIX”).

وأعلم أن سحب موافقتي لن يتيح لـ [\_\_\_\_\_] بعد ذلك إمكانية الحصول على المعلومات الخاصة بي من خلال BHIX بشكل روتيني.

وأعي أنه في حالة توقيعني على هذا النموذج كممثل قانوني للمريض أن كافة الإشارات المستخدمة في هذا النموذج ومنها "أنا" أو "الخاص بي" تعود  
على المريض.

1. وأن سحب الموافقة لن يؤثر على المعلومات الطبية التي تم تقديمها في الوقت الذي كانت فيه موافقتي سارية المفعول.
2. وأن سحب الموافقة هذا ينطبق فقط على [\_\_\_\_\_] ولا ينطبق على أية موافقة قمت بمنحها لأية جهة أخرى من الجهات المقدمة للرعاية  
المشاركة في BHIX.
3. وأن تفعيل سحب الموافقة قد يتطلب عدة أيام.
4. وأنه لا يحق لأية جهة من الجهات المشاركة المقدمة للرعاية أن ترفض منحي الرعاية الطبية وأن استحقاقي التأميني لن يتأثر بناء على سحبي  
الموافقة.
5. وأعلم أنني إذا رغبت في إعادة منح الموافقة لـ [\_\_\_\_\_] بالحصول على المعلومات الطبية الخاصة بي من خلال BHIX بشكل روتيني،  
فيمكنني إجراء ذلك باستيفاء وتوقيع نموذج جديد لموافقة المريض وإعادته إلى الجهة المشاركة المقدمة للرعاية لدى الزيارة القادمة إليها.
6. وأعلم أن [\_\_\_\_\_] سيظل بمقدورها الحصول على المعلومات الطبية الخاصة بي من خلال BHIX في حالات الطوارئ ما لم أستوفي  
وأوقع على نموذج جديد لموافقة المريض لدى [\_\_\_\_\_] مشيراً فيه إلى رفضي الموافقة. وأنه يمكنني أن أطلب من [\_\_\_\_\_] نسخة  
من نموذج موافقة المريض لكي أرفض الموافقة عند تقديمي لنموذج سحب الموافقة هذا.
7. وأعلم أنني سأحصل على نسخة من هذا النموذج بعد توقيعني عليه.

|                            |  |
|----------------------------|--|
| تاريخ ميلاد المريض         | اسم المريض كتابة   |
| التاريخ                    | توقيع المريض أو الممثل القانوني للمريض<br>(Signature of Patient or Patient's Legal Representative) |
| صلة الممثل القانوني للمريض | اسم الممثل القانوني للمريض كتابة (إن وجد)  |