



Retrait du consentement donné à l'organisation du Professionnel Participant

_____ (« _____ »)

J'ai signé le Formulaire de consentement de patient qui permet à [_____] d'avoir accès à mes informations médicales par le biais du Système d'échange d'informations médicales de Brooklyn (Brooklyn Health Information Exchange) (« BHIX »)

J'ai conscience qu'en retirant mon consentement, [_____] ne pourra plus consulter couramment mes informations médicales par le biais du BHIX.

Si je signe ce formulaire en tant que Représentant Légal du Patient, je sais que toutes les références faites dans ce formulaire sous la forme de « je » ou de « moi », concernent le patient.

1. Le retrait du consentement n'affectera pas les échanges d'informations médicales faits pendant que mon consentement était encore valable.
2. Ce retrait de consentement s'applique uniquement à [_____] et il ne s'applique pas aux autres de consentements que j'ai donnés à tout autre Professionnel qui participe au BHIX.
3. Le traitement de ce retrait de consentement peut demander plusieurs jours.
4. Aucun professionnel de la santé ne refusera de me soigner et mon accès à une assurance maladie ne sera pas affecté par ce retrait de consentement.
5. J'ai conscience que si je souhaite redonner mon de consentement à [_____] , pour qu'il puisse consulter couramment mes informations médicales par le biais du BHIX, je devrai signer et remplir un nouveau formulaire de consentement de patient et le remettre au Professionnel Participant lors de ma prochaine consultation.
6. J'ai conscience que si je signe un nouveau Formulaire de consentement de Patient pour [_____] en indiquant spécifiquement que je refuse mon consentement, [_____] ne pourra avoir accès à mes informations médicales par le biais du BHIX qu'en cas d'urgence. Pour retirer ce consentement, je peux le faire sur le Formulaire de consentement que je demanderai à [_____] , lorsque je remettrai ce retrait de consentement.
7. J'ai conscience que je recevrai un exemplaire de ce formulaire après l'avoir signé.

Nom du patient en lettres capitales

Date de naissance du patient

Signature du patient ou de son représentant légal

Date

Nom en lettres capitales du représentant légal
du patient (le cas échéant)

Lien de parenté du représentant légal du patient