



提供者/机构名称

须知

您之前已签署同意书，允许此医疗服务提供者访问您的 Medicaid 以及精神病服务和临床增强系统 (PSYCKES) 在线数据库提供的其他健康信息。

如果您不再希望此提供者及其为您提供护理的员工查看您的信息，您必须填写并签署本撤销同意书。填写并签名后，将本撤销同意书交还他们：

- 1 此医疗服务提供者将无法通过 PSYCKES 访问您的健康信息。除非
- 在紧急情况下，或
- 州和联邦保密法律法规允许其访问。例如，如果 Medicaid 担心您的医疗护理质量，您的提供者将可访问 PSYCKES，以便帮助他们确定您是否适时获得了相应的医疗服务。1
2 您的提供者可能可通过其他方式访问您的医疗信息。例如，前述法律法规可能允许他们从其他提供者获得所需信息以便为您治疗。
3 本撤销同意书不会影响同意书有效期间共享的健康信息。
4 撤销同意不会影响您获得医疗护理或医疗保险的权利。您的医疗服务提供者依然可就您接受的服务向您的保险公司提交索赔。
5 您可以随时填写新的 PSYCKES 同意书。您可从提供者处获得同意书，填写并签名后再交还他们。
6 签署并提交本撤销同意书后，您将获得一份副本。

您需要做的事

提供下列必要信息，并将本撤销同意书交还您的提供者。

患者正楷签名

患者出生日期

患者的 Medicaid ID 号码

患者或患者法定代表人签名

日期

法定代表人正楷签名（如适用）

法定代表人与患者的关系（如适用）

1 法律法规包括《纽约心理卫生法》(NY Mental Hygiene Law) 第 33.13 节、《纽约公共健康法》(NY Mental Hygiene Law) 第 27-F 条和联邦保密规定，包括《美国联邦法规》(CFR) 第 42 篇第 2 部分以及第 45 篇第 160 和 164 部分（也称为“《健康保险隐私及责任法案》(HIPAA)”）。