

IDARA YA AFYA YA VERMONT BODI YA HUDUMA YA AFYA
108 Cherry Street – PO Box 70 Burlington, VT 05402-0070
Simu: 802-657-4220 / Faksi: 802-657-4227
Simu Isiyolipishwa ndani ya Vermont 800-745-7371
Barua pepe: AHS.VDHMedicalBoard@vermont.gov

IDHINI YA KUTOA REKODI ZA KIMATIBABU ZA MGONJWA ALIYEFARIKI NA MTU
ALIYEKUWA NA MAMLAKA YA KUSHIRIKI KATIKA MAAMUZI YA
HUDUMA ZA AFYA WAKATI MGONJWA ALIKUA HAI

KWA YEYOTE ANAYEHUSIKA:

NINATHIBITISHA kwamba mimi ni mwanafamilia, jamaa mwingine au rafiki wa karibu wa _____ mtu aliyefariki, na kwamba niliidhinishwa kuhusika katika huduma ya afya na/au malipo yake yanayohusiana na huduma ya afya, kama inavyobainishwa katika 45 C.F.R. § 164.510(b) kama inavyothibitishwa na _____ (k.m., hati ya uwakili, maelekezo ya awali ya kutoa maamuzi kwa niaba ya mhusika iwapo atashindwa, ulezi), na nakala yake imeambatishwa. Ninathibitisha zaidi kwamba ninaamini nimeidhinishwa kutoa idhini hii.

NINAKUPA IDHINI upe Idara ya Afya ya Vermont, Bodi ya Huduma ya Afya, na/au mwakilishi wake mteule, na kwa Ofisi ya Mwanasheria Mkuu, rekodi zote za kimatibabu na taarifa zote, bila kusita, unazo miliki au unazodhibiti kuhusiana na _____ (Tarehe ya Kuzaliwa _____, tarehe ya kufariki _____), iwe kwa mdomo au maandishi (ikiwa ni pamoja na rekodi zilizotolewa kwako na wataalamu wengine wa afya au taasisi za huduma ya afya) kuhusiana na ugonjwa au jeraha au tatizo lolote la kimwili, kitabia, kiakili au kihisia ambalo huenda ulitoa ushauri au huduma.

Kuhusiana tu na idhini hii ya ufichuzi kwa Idara ya Afya ya Vermont, Bodi ya Huduma ya Afya na kwa Ofisi ya Mwanasheria Mkuu, na sio kwa kusudi lingine, kwa niaba ya _____, kwa uwazi NINAONDOA usiri na/au mapendeleo au ulinzi uliotolewa kwa taarifa hizi na sheria ya Jimbo la Shirikisho, ikiwa ni pamoja na nyenzo zinazojumuishwa chini ya sheria ya 42 CFR, Kifungu cha 2, na nitakuchukulia bila hatia utakapofichua taarifa hizi kwa Idara ya Afya ya Vermont, Bodi ya Huduma ya Afya, kulingana na ombi langu, ili kutathmini vipengele fulani vya huduma ya afya iliyotolewa kwa _____.

IDHINI HII inaweza kubatilishwa wakati wowote isipokuwa kwa upeo ambao tayari umechukua hatua kwa kuitegemea. Ikiwa haijabatilishwa hapo awali, idhini hii itaacha kutumika baada ya hatua ya mwisho, ikiwa ni pamoja na uamuzi wa mahakama, kwa hatua yoyote iliyochukuliwa na Bodi ya Huduma ya Afya inayohusiana na taarifa hizi, au, ikiwa hatua kama hiyo haijachukuliwa, itaacha kufanya kazi siku 365 kutoka tarehe iliyotajwa.

UMEIDHINISHWA PIA kuripoti taarifa, iwe kwa mdomo au maandishi, moja kwa moja kwa Idara ya Afya ya Vermont, Bodi ya Huduma ya Afya, au mwakilishi wake mteule, na kwa Ofisi ya Mwanasheria Mkuu, kwa msingi unaoendelea hadi idhini hii ibatilishwe au muda wake uishe.

CHAPA YA NAKALA SAHIHI YA IDHINI HII ITATUMIKA BADALA YAKE.

Tarehe _____

Jina _____

Lililoandikwa

Saini

Anwani

Mji, Jimbo, Msimbo wa Eneo