

VERMONT DEPARTMENT OF HEALTH BOARD OF  
MEDICAL PRACTICE  
108 Cherry Street - PO Box 70 Burlington, VT 05402-0070  
Phone: 802-6574220 / Fax: 802-657-4227  
Línea gratuita dentro de Vermont: 800-745-7371  
Correo electrónico: AHS.VDHMedicalBoard@vermont.gov

## AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE EXPEDIENTES MÉDICOS

### A QUIEN CORRESPONDA:

**POR LA PRESENTE LES AUTORIZO** a proporcionar a la Junta de Práctica Médica del Departamento de Salud de Vermont (*Vermont Department of Health, Board of Medical Practice*) o su representante designado, y a la Oficina del Fiscal General, todos los registros médicos y toda la información, sin reservas, que esté en su posesión o control relacionada con mi **hijo**, ya sea de forma oral o escrita (incluidos los registros proporcionados a usted por otros profesionales de la salud o instituciones de atención médica), relacionada con cualquier afección física, psiquiátrica, mental o emocional, o lesión o enfermedad por la cual haya sido consultado o para la cual haya prestado servicios.

Únicamente con respecto a esta autorización específica de divulgación a la Junta de Práctica Médica del Departamento de Salud de Vermont, y a la Oficina del Fiscal General, y para ningún otro fin, por la presente RENUNCIO expresamente a la confidencialidad o a cualquier privilegio o inmunidad concedidos a esta información en virtud de la ley estatal o federal, incluidos los materiales cubiertos por 42 CFR, Parte 2, y le eximo de toda responsabilidad por la divulgación de la misma a la Junta de Práctica Médica del Departamento de Salud de Vermont, de conformidad con mi solicitud, para evaluar ciertos aspectos de la atención médica de mi **hijo**.

**ESTA AUTORIZACIÓN** está sujeta a revocación en cualquier momento, excepto en la medida en que usted ya haya tomado medidas en función de ella. Si no se revocó previamente, esta autorización terminará cuando se tome una acción final, incluyendo una determinación judicial, de cualquier acción tomada por la Junta de Práctica Médica que esté relacionada con esta información, o, si no se toma tal acción, terminará 365 días después de la fecha de la presente.

**TAMBIÉN ESTÁ AUTORIZADO** a presentar información, ya sea oralmente o por escrito, directamente a la Junta de Práctica Médica del Departamento de Salud de Vermont, o su representante designado, y a la Oficina del Fiscal General, de forma continua hasta que esta autorización expire o sea revocada.

**UNA COPIA FOTOSTÁTICA CONFORME A LA ORIGINAL DE ESTA AUTORIZACIÓN SERÁ VÁLIDA EN SU LUGAR.**

\_\_\_\_\_  
Nombre del menor (en letra de imprenta)

\_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento

\_\_\_\_\_  
Nombre del padre/de la madre/del tutor (en letra de imprenta)

\_\_\_\_\_  
Padre/madre o tutor (firma)/Fecha

\_\_\_\_\_  
Dirección postal