

佛蒙特州衛生部醫療執業委員會
108 Cherry Street - PO Box 70 Burlington, VT 05402-0070
電話：802-657-4220 / 傳真：802-657-4227
佛蒙特州免費電話：800-745-7371
電子郵件：AHS.VDHMedicalBoard@vermont.gov

授權個人代表披露醫療記錄（患者已故）

致有關人士：

我特此授權您向佛蒙特州衛生部、醫療實踐委員會和/或其指定的代表、以及總檢察長辦公室毫無保留地提供您所擁有或控制且與_____（出生日期_____，死亡日期_____）有關的所有醫療記錄和所有資訊，無論是口頭或是書面資訊（包括其他醫療保健執業人員或醫療機構向您提供的記錄），包括您可能被問或您可能為之提供服務的任何身體、精神、心理或情緒狀況或受傷或疾病的相關資訊。我特此證明，我是_____的個人代表，並因此而獲得授權採取此行動。

就本授權書而言，僅出於向佛蒙特州衛生部門、醫療執業委員會和司法部長辦公室披露資訊之目的，且排除任何其他之目的，我僅代表_____特此明確放棄聯邦法律賦予此資訊的保密性和/或任何特權或豁免，包括 42 CFR 第 2 部分所涵蓋的材料；並且，我保護您不會因為根據我的要求向佛蒙特州衛生部、醫療執業委員會披露該等資訊來評估向_____提供的醫療保健服務的某些方面而受到任何傷害。

本授權可能隨時撤銷，但您已經根據本授權採取行動的情況除外。如果未被提前撤銷，本授權將在醫療執業委員會所採取的、與此等資訊相關的任何行動之最終行動（包括司法決定）之時終止；或者，如果未採取此類行動，則將在本授權書生效之日起 365 天內終止。

此外，您還獲授權以口頭或書面形式直接向佛蒙特州衛生部、醫療執業委員會或其指定的代表、以及總檢察長辦公室持續報告資訊，直至本授權到期或被撤銷為止。

本授權書經確認的影印本應具備同等法律效力。

日期_____

姓名_____

正楷簽名

簽名

地址

城市、州/省、郵遞區號