

**VERMONT DEPARTMENT OF HEALTH
BOARD OF MEDICAL PRACTICE**

108 Cherry Street - PO Box 70
Burlington, VT 05402-0070
Teléfono: 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 POR EL TITULAR DEL PODER NOTARIAL**

A QUIEN CORRESPONDA:

POR MEDIO DE LA PRESENTE, AUTORIZO A USTED a proporcionar a la Junta de Práctica Médica del Departamento de Salud de Vermont (*Vermont Department of Health, Board of Medical Practice*) y/o su representante designado, y a la Oficina del Fiscal General, todos los expedientes médicos y toda la información, sin reservas, que tenga en su posesión o bajo su control relacionada con _____ (fecha de nacimiento _____), ya sea de forma oral o escrita (incluidos los registros proporcionados a usted por otros profesionales de la salud o instituciones de atención médica,) en relación con cualquier afección, daño o enfermedad de carácter físico, psiquiátrico, mental o emocional, por la que haya sido consultado o para la que haya prestado servicios. Por la presente certifico que tengo un poder notarial que me autoriza a hacer esto como apoderado de _____, y que el poder no ha sido revocado ni limitado. Se adjunta una copia del poder notarial.

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

ESTA AUTORIZACIÓN se encuentra 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, incluida 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 medida, terminará 365 días a partir de la fecha de la presente.

TAMBIÉN ESTÁ AUTORIZADO a presentar información, ya sea de forma oral o escrita, 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 AL ORIGINAL DE ESTA AUTORIZACIÓN
SERÁ VÁLIDA EN SU LUGAR.**

Fecha _____

Nombre _____
en letra imprenta

Firma

Dirección

Ciudad, estado, código postal