

VERMONT DEPARTMENT OF HEALTH BOARD OF MEDICAL PRACTICE
108 Cherry Street – PO Box 70 Burlington, VT 05402-0070
Teléfono: 802-657-4220 / Fax: 802-657-4227
Números gratis para Vermont 800-745-7371
Correo electrónico: AHS.VDHMedicalBoard@vermont.gov

AUTORIZACIÓN PARA LA ENTREGA DE EXPEDIENTES MÉDICOS DE UN PACIENTE FALLECIDO POR UNA PERSONA AUTORIZADA PARA PARTICIPAR EN LA TOMA DE DECISIONES DE ATENCIÓN MÉDICA MIENTRAS EL PACIENTE ESTABA VIVO

A QUIEN CORRESPONDA:

POR LA PRESENTE CERTIFICO que soy familiar, pariente o amigo cercano de _____ quien ha fallecido, y que yo estaba autorizado a participar en su atención médica y/o en asuntos de pago relacionados con la atención médica, según lo establecido en el 45 C.F.R. § 164.510(b), y como se evidencia en _____ (por ejemplo, documento de poder notarial, directiva anticipada, tutela), de lo cual se adjunta una copia. Además, certifico que considero estar autorizado para otorgar esta autorización.

POR LA PRESENTE LES AUTORIZO a proporcionar a la Junta de Prácticas Médicas del Departamento de Salud de 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, en su posesión o bajo su control, relacionada con _____ (fecha de nacimiento _____, fecha de defunción _____), ya sea de forma oral o escrita (incluyendo expedientes proporcionados por otros profesionales de la salud o instituciones de atención médica) que se refieran a cualquier condición física, psiquiátrica, mental o emocional, lesión o enfermedad por la cual se haya consultado o por la cual se hayan proporcionado servicios.

Únicamente en lo que respecta a esta autorización para la divulgación a la Junta de Prácticas Médicas del Departamento de Salud de Vermont y a la Oficina del Fiscal General, y para ningún otro propósito, en nombre de _____, por la presente RENUNCIO expresamente a la confidencialidad y/o a cualquier privilegio o inmunidad otorgada a esta información en virtud de la ley estatal o federal, incluyendo materiales cubiertos por 42 CFR, Parte 2, y lo eximo de cualquier responsabilidad por la divulgación de la misma a la Junta de Prácticas Médicas del Departamento de Salud de Vermont, de conformidad con mi solicitud, para evaluar ciertos aspectos de la atención médica brindada a _____.

ESTA AUTORIZACIÓN está sujeta a revocación en cualquier momento, a menos que ya se haya actuado basándose en la misma. En ausencia de revocación previa, esta autorización quedará sin efecto al concluir cualquier acción final, incluyendo una determinación judicial, de cualquier acción tomada por la Junta de Prácticas Médicas en relación con esta información o, en caso de no llevarse a cabo ninguna acción, caducará 365 días a partir de la fecha de la presente.

TAMBIÉN ESTÁ AUTORIZADO a comunicar información, de forma oral o escrita, directamente a la Junta de Prácticas Médicas del Departamento de Salud de Vermont o su representante designado, así como a la Oficina del Fiscal General, de manera continua hasta la expiración o revocación de esta autorización.

UNA COPIA FOTOSTÁTICA CONFORME AL ORIGINAL DE ESTA AUTORIZACIÓN SERÁ VÁLIDA EN SU LUGAR.

Fecha _____

Nombre _____
En letra de molde

Firma

Dirección

Ciudad, estado, código postal