

إدارة الصحة

مجلس الممارسة الطبية

P.O. Box 70

Burlington, VT 05402-0070

7371-745-800

تفويض بالإفراج عن السجلات الطبية

إلى من يهمله الأمر:

أفوضكم بموجب هذه الوثيقة بأن تقدموا إلى مجلس الممارسة الطبية التابع لإدارة الصحة في فيرمونت، و/أو الممثل المعين من ناحيته، وإلى مكتب المدعي العام، بدون تحفظ، جميع السجلات الطبية وجميع المعلومات الواقعة في حوزتكم أو تحت سيطرتكم فيما يتعلق بي، سواء كانت شفوية أو مكتوبة (بما في ذلك السجلات المقدمة لك من قبل الممارسين الصحيين الآخرين أو مؤسسات الرعاية الصحية الأخرى) المتعلقة بأي حالة أو إصابة جسدية أو نفسية أو عقلية أو عاطفية، أو مرض ربما تم تقديم خدمات لكم بخصوصه.

فقط فيما يتعلق بهذا التفويض المحدد بالإفصاح لمجلس الممارسة الطبية التابع لإدارة الصحة في فيرمونت، ومكتب المدعي العام، وليس لأي غرض آخر، أتنازل أنا بموجب هذه الوثيقة صراحةً عن السرية و/أو أي امتيازات أو حصانات ممنوحة لهذه المعلومات بموجب قانون الولاية أو القانون الفيدرالي، بما في ذلك المواد التي يغطيها CFR, Part 2 42، كما أنني أعفيكم من أي مسؤولية أو ضرر من جراء الإفصاح عن هذه المعلومات إلى مجلس الممارسة الطبية التابع لإدارة الصحة في فيرمونت، بناءً على طلبي، لتقييم جوانب معينة من الرعاية الصحية المقدمة لي.

هذا التفويض عرضة للإلغاء في أي وقت فيما عدا إلى الحد الذي اتخذت معه بالفعل بعض الإجراءات استنادًا إليه. وفي حالة عدم إلغاء هذا التفويض في وقت سابق، فسوف تنتهي صلاحيته عند اتخاذ الإجراء النهائي، بما في ذلك على سبيل المثال الحكم القضائي، لأي إجراءات أو تدابير يتخذها مجلس الممارسة الطبية فيما يتعلق بهذه المعلومات، أو في حالة عدم اتخاذ مثل هذا الإجراء، فسوف تنتهي صلاحيته بعد مرور 365 يومًا من تاريخه.

كما أنك مفوضٌ بالإبلاغ عن المعلومات، شفهيًا أو كتابيًا، مباشرة لدى مجلس الممارسة الطبية التابع لإدارة الصحة في فيرمونت، أو الممثل المعين من ناحيته، ولدى مكتب المدعي العام بشكل مستمر حتى تنتهي صلاحية هذا التفويض أو يتم إلغاؤه.

أي نسخة طبق الأصل من هذا التفويض تحل محله وتكون بديلاً عنه.

تاريخ الميلاد

الاسم (مطبوعاً)

العنوان

العنوان

المدينة/الولاية/الرمز البريدي

التاريخ

التوقيع