

إدارة الصحة في فيرمونت مجلس الممارسة الطبية
Cherry Street - PO Box 70 Burlington, VT 05402-0070 108
هاتف: 802-657-4220 / فاكس: 802-657-4227
الرقم المجاني داخل فيرمونت: 800-745-7371
بريد إلكتروني: AHS.VDHMedicalBoard@vermont.gov

تفويض بنشر السجلات الطبية من قبل الممثل الشخصي (المريض متوفى)

إلى من يهمة 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 بالسيد/
(تاريخ الميلاد _____، تاريخ الوفاة _____)، 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 تمت استشارتكم بشأنه أو ربما تم تقديم خدمات لكم بخصوصه. وأقرُّ وأشهد بموجب ذلك بأنني ممثل شخصي للسيد _____، ومن ثم فأنا مفوضٌ للقيام بذلك.

فقط فيما يتعلق بهذا التفويض بالإفصاح لمجلس الممارسة الطبية التابع لإدارة الصحة في فيرمونت، ومكتب المدعي العام، وليس لأي غرض آخر، ونيابةً عن موكلتي _____، أتنازل أنا بموجب هذه الوثيقة صراحةً عن السرية و/أو أي امتيازات أو حصانات ممنوحة لهذه المعلومات بموجب القانون الفيدرالي للولاية، 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 إلى _____.

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.

التاريخ _____ الاسم _____
مطبوعًا
التوقيع
العنوان

المدينة، الولاية، الرمز البريدي