

دییارتمنت صحت ورمونت بورد طبابت
108 Cherry Street - PO Box
70 Burlington, VT 05402-0070
تلفون: 802-6574220 / فکس: 802-657-4227
شماره رایگان در داخل ورمونت: 800-745-7371
ایمیل: AHS.VDHMedicalBoard@vermont.gov

اجازه بخاطر نشر سوابق طبی توسط دارنده وکالتنامه

به مسئولین یا اداره مربوطه:

من بدینوسیله به شما اجازه می‌دهم تمام سوابق طبی و تمام معلومات مربوط به _____ (تاریخ تولد _____) را که در اختیار یا کنترل شما است، بطور کامل، در اختیار دییارتمنت صحت ورمونت، بورد طبابت، و/یا نماینده تعیین شده آن، و اداره لوی خرنوالی قرار دهید، چه شفاهی باشد یا کتبی (بشمول سوابق ارابه شده توسط سایر متخصصین صحت یا نهادهای مراقبت های صحت)، مربوط به هر گونه وضعیت فیزیکی، روانی، روحی یا عاطفی یا آسیب یا مرضی که ممکن است بخاطر آن با شما مشوره شده باشد یا برای آن ممکن است خدمات ارابه کرده باشید. بدینوسیله تصدیق می‌کنم که دارای وکالتنامه ای هستم که به من اجازه می‌دهد این کار را به عنوان وکیل بدین منظور _____ انجام دهم و این وکالتنامه فسخ یا محدود نشده است. یک کاپی از وکالتنامه ضمیمه می‌باشد.

صرف با توجه به این اجازه مشخص برای افشاء به دییارتمنت صحت ورمونت، بورد طبابت، و به اداره لوی خرنوالی، و برای هیچ هدف دیگری، به نمایندگی از _____، من صراحتاً حریمیت و/یا هر گونه امتیاز یا مصونیت های که این معلومات را توسط قانون ایالت فدرال، از جمله مواد تحت پوشش 42 CFR، بخش 2، اعطا نموده اند معافیت میدهم و من شما را از افشای آن به دییارتمنت صحت ورمونت، بورد طبابت براساس درخواستم، برای ارزیابی بعضی جنبه های مراقبت های صحتی ارابه شده به _____ مسئول نمی دانم.

این اجازه ممکن است هر زمانی لغو شود به استثنای معیادی که شما طبق آن قبلاً اقدام کرده اید. اگر قبلاً لغو نشده باشد، این اجازه پس از اقدام نهایی، بشمول تصمیم قضایی، در مورد هر اقدامی که توسط بورد طبابت مربوط به این معلومات باشد، یا اگر اقدامی صورت گرفته باشد پس از 365 روز از تاریخ ذکر شده درینجا فسخ می شود.

شما همچنین اجازه دارید تا معلومات را به صورت شفاهی یا کتبی مستقیماً به دییارتمنت صحت ورمونت، بورد طبابت، یا نماینده تعیین شده آن و به اداره لوی خرنوالی گزارش بدهید تا زمانی که این اجازه انقضاء یابد یا لغو شود.

یک کاپی فوتواستاتیک منطبق از این اجازه باید به جای آن ارابه شود.

تاریخ _____ نام _____

بشکل واضح

امضاء

آدرس

شهر، ایالت، زیپ کد