

IDARA YA AFYA YA VERMONT
BODI YA HUDUMA ZA AFYA
108 Cherry Street - PO Box
70 Burlington, VT 05402-0070
Simu: 802-6574220 / Faksi: 802-657-4227
Simu isiyolipishwa ndani ya Vermont: 800-745-7371
Barua pepe: AHS.VDHMedicalBoard@vermont.gov

**IDHINI YA KUTOA REKODI ZA KIMATIBABU YA MTU
ALIYE NA MAMLAKA YA UWAKILISHI**

KWA YEYOTE ANAYEHUSIKA:

NINAKUIDHINISHA WEWE kutoa kwa Idara ya Afya ya Vermont, Bodi ya Huduma za Afya, na/au mwakilishi wake mteule, na kwa Ofisi wa Mwanasheria Mkuu, rekodi zote za kimatibabu na taarifa zote, bila kusita, ulizo nazo au unazodhibiti kuhusiana na _____ (Tarehe ya Kuzaliwa _____), iwe kwa kutamka au maandishi (ikiwa ni pamoja na rekodi ulizopewa na wataalamu wengine wa afya au taasisi za huduma za afya) kuhusiana na ugonjwa au jeraha au tatizo lolote la kimwili, kitabia, kiakili au kihisia ambalo ulitoa ushauri au huduma kwa ajili yake. Hivyo ninathibitishwa kwamba nina mamlaka ya uwakilishi yanayoniidhinisha kufanya hili kama wakili mteule wa _____, na kuwa mamlaka ya uwakilishi hayajabatilishwa au kuzuiwa. Nakala ya mamlaka ya uwakilishi imeambatishwa.

Kuhusiana tu na idhini hii mahususi ya ufichuzi kwa Idara ya Afya ya Vermont, Bodi ya Huduma za Afya na kwa Ofisi ya Mwanasheria Mkuu, na sio kwa kusudi jingine, kwa niaba ya _____, NINAONDOA hasa usiri na/au haki au ulinzi uliotolewa kwa taarifa hizi na sheria ya Jimbo au Shirikisho, ikiwa ni pamoja na nyenzo zinazojumuishwa chini ya sheria ya 42 CFR, Kifungu cha 2, na nitakuchukulia bila hatia kwa ufichuzi wa taarifa hizi kwa Idara ya Afya ya Vermont, Bodi ya Huduma za Afya, kulingana na ombi langu, ili kutathmini vipengele fulani vya huduma za afya zilizotolewa kwa _____.

IDHINI HII inaweza kubatilishwa wakati wowote isipokuwa kwa upeo ambao tayari umechukua hatua kwa kuitegemea. Isipobatilishwa mapema, idhini hii itaacha kutumika baada ya hatua ya mwisho, ikiwa ni pamoja na uamuzi wa mahakama, kwa hatua yoyote iliyochukuliwa na Bodi ya Huduma za Afya inayohusiana na taarifa hizi, au, ikiwa hatua kama hiyo haijachukuliwa, itaacha kutumika siku 365 kutoka tarehe iliyotajwa.

UMEIDHINISHWA PIA kuripoti taarifa, iwe kwa kutamka au maandishi, moja kwa moja kwa Idara ya Afya ya Vermont, Bodi ya Huduma za Afya, au mwakilishi wake mteule, na kwa Ofisi ya Mwanasheria Mkuu, kwa msingi unaoendelea hadi idhini hii ibatilishwe au muda wake uishe.

NAKALA SAHIHI YA IDHINI HII ITATUMIKA BADALA YAKE.

Tarehe _____

Jina _____

Lililoandikwa

Saini

Anwani

Mji, Jimbo, Msimbo wa Eneo