

VERMONT DEPARTMENT OF HEALTH BOARD OF
MEDICAL PRACTICE
108 Cherry Street - PO Box 70 Burlington, VT 05402-0070
Téléphone : 802-6574220 / Télécopieur : 802-657-4227
Sans frais au Vermont : 800-745-7371
Courriel : AHS.VDHMedicalBoard@vermont.gov

AUTORISATION DE DIVULGATION DES DOSSIERS MÉDICAUX

À QUI DE DROIT :

JE VOUS AUTORISE PAR LA PRÉSENTE à fournir au Vermont Department of Health, Board of Medical Practice et/ou à son représentant désigné, ainsi qu'au Bureau du procureur général, tous les dossiers médicaux et toutes les informations, sans réserve, en votre possession ou sous votre contrôle concernant mon **enfant**, qu'ils soient sous forme orale ou écrite (y compris les dossiers qui vous ont été fournis par d'autres praticiens ou établissements de santé), relatifs à tout état physique, psychiatrique, mental ou émotionnel, à toute blessure ou maladie pour lesquels vous avez pu être consulté ou pour lesquels vous avez pu fournir des services.

Uniquement en ce qui concerne cette autorisation spécifique de divulgation au Vermont Department of Health, Board of Medical Practice et au Bureau du procureur général, et à aucune autre fin, je RENONCE expressément à la confidentialité et/ou à tout privilège ou immunité accordés à ces informations par la loi de l'État ou la loi fédérale, y compris les documents couverts par le CFR 42, Part 2, et je vous dégage de toute responsabilité quant à leur divulgation au Vermont Department of Health, Board of Medical Practice, conformément à ma demande, afin d'évaluer certains aspects des soins de santé de mon **enfant**.

CETTE AUTORISATION est sous réserve de révocation à tout moment, sauf dans la mesure où vous avez déjà pris des mesures en vous fondant sur elle. Si elle n'a pas été révoquée auparavant, la présente autorisation prendra fin à la suite d'une décision finale, y compris une décision judiciaire, de toute mesure prise par le Board of Medical Practice en rapport avec ces informations ou, si aucune mesure n'est prise, elle prendra fin 365 jours après la date de la présente autorisation.

VOUS ÊTES ÉGALEMENT AUTORISÉ à communiquer des informations, oralement ou par écrit, directement au Vermont Department of Health, Board of Medical Practice, ou à son représentant désigné, ainsi qu'au Bureau du procureur général, de manière continue jusqu'à ce que cette autorisation expire ou soit révoquée.

UNE PHOTOCOPIE CONFORME DE LA PRÉSENTE AUTORISATION EN TIENT LIEU.

Nom de l'enfant (en lettres moulées)

Date de naissance

Nom du parent/tuteur (en lettres moulées)

Parent/tuteur (signature)/Date

Adresse postale