

دبپارتمنت صحت ورمونت بورد طبابت
108 Cherry Street – PO Box 70 Burlington, VT 05402-0070
تلفون: 802-657-4220 / فکس: 802-657-4227
شماره رایگان در داخل ورمونت 800-745-7371
ایمیل: AHS.VDHMedicalBoard@vermont.gov

اجازه نشر سوابق طبی مریض وفات نموده توسط شخصی که صلاحیت اشتراک در مراقبت های صحی را داشته است.
تصامیم حین که مریض زنده بود

به مسئولین یا اداره مربوطه:

من بدینوسیله تصدیق می کنم که یک عضو خانواده، اقارب یا یک دوست شخصی نزدیک فردی که حالا وفات نموده، هستم، و اینکه من اجازه دخیل بودن در مراقبت های صحی و/یا پرداخت های مربوط به مراقبت های صحی، طبق 45 C.F.R. § 164.510 (ب) را داشتم همانطور که شواهد و اسناد نشان میدهد (به عنوان مثال، سند وکالتنامه، هدایت قبلی، سرپرستی)، که یک کاپی از آن ضمیمه شده است. من همچنین تصدیق می کنم که معتقدم که صلاحیت این را دارم تا این اجازه را ارایه نمایم.

من بدینوسیله به شما اجازه می دهم تمام سوابق طبی و تمام معلومات مربوط به (تاریخ تولد، تاریخ وفات)، را که در اختیار یا کنترل شما قرار دارد، بطور کامل، در اختیار دبپارتمنت صحت ورمونت، بورد طبابت، و/یا نماینده تعیین شده آن، و اداره لوی خرنوالی قرار دهید، چه شفاهی باشد چه کتبی (بشمول سوابق ارایه شده توسط سایر متخصصین صحی یا نهادهای مراقبت های صحی)، مربوط به هر گونه وضعیت فیزیکی، روانی، روحی یا عاطفی یا آسیب یا مریضی که ممکن است بخاطر آن با شما مشوره شده باشد یا برای آن ممکن است خدمات ارایه کرده باشید.

صرف با توجه به این اجازه مشخص برای افشاء به دبپارتمنت صحت ورمونت، بورد طبابت، و به اداره لوی خرنوالی، و برای هیچ منظور دیگری، به نمایندگی از من صراحتاً محرمیت 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 دبپارتمنت صحت ورمونت، بورد طبابت، براساس درخواست اینجانب، برای ارزیابی بعضی جنبه های مراقبت های صحی ارایه شده مسئول نمی دانم.

این اجازه ممکن است هر زمانی لغو شود به استثنای معیادی که شما طبق آن قبلاً اقدام نموده 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 دبپارتمنت صحت ورمونت، بورد طبابت، یا نماینده تعیین شده آن و به اداره لوی خرنوالی گزارش بدهید تا زمانی که این اجازه انقضاء یابد یا فسخ شود.

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

نام _____ تاریخ _____

بشکل واضح

امضاء

آدرس

شهر، ایالت، زیپ کود