

**AUTORISATION DE DIVULGATION DES DOSSIERS MÉDICAUX**

À QUI DE DROIT :

**JE VOUS AUTORISE PAR LA PRÉSENTE** à fournir au Vermont Department of Health, au 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 qui me concernent, oralement ou par écrit (y compris les dossiers qui vous ont été fournis par d'autres professionnels de la santé ou des établissements de soins de santé), relativement à tout état physique, psychiatrique, mental ou émotionnel ou à toute blessure ou maladie pour lequel vous pourriez avoir fourni des services.

Seulement 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, par la présente, je **RENONCE** expressément à la confidentialité et/ou aux privilèges ou immunités accordés à ces informations par la loi de l'État ou la loi fédérale, y compris les documents couverts par le 42 CFR, Part 2, et je vous dégage de toute responsabilité à l'égard de la divulgation de ces informations au Vermont Department of Health, Board of Medical Practice, conformément à ma demande, d'évaluer certains aspects de mes soins de santé.

**LA PRÉSENTE AUTORISATION** est sous réserve de révocation à tout moment, sauf dans la mesure où vous avez déjà pris des mesures en vous appuyant sur elle. Si elle n'a pas déjà été révoquée, la présente autorisation prendra fin au moment de l'action finale, y compris une décision judiciaire de toute mesure prise par le Board of Medical Practice qui est liée à ces informations ou, si aucune mesure n'est prise, elle prendra fin 365 jours à compter de la date de la présente.

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

UNE PHOTOCOPIE CONFORME DE LA PRÉSENTE AUTORISATION TIENT LIEU.

\_\_\_\_\_  
NOM (en lettres moulées)

\_\_\_\_\_  
Date de naissance

\_\_\_\_\_  
Adresse

\_\_\_\_\_  
Adresse

\_\_\_\_\_  
Ville/État/Code ZIP

\_\_\_\_\_  
Signature

\_\_\_\_\_  
Date