

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

اجازه نشر سوابق طبی نماینده شخصی (مریض وفات نموده)

به مسئولین یا اداره مربوطه:

من بدینوسیله به شما اجازه می‌دهم تمام سوابق طبی و تمام معلومات مربوط به _____ (تاریخ تولد _____، تاریخ وفات _____)، را که در اختیار یا کنترل شما است، بطور کامل، در اختیار دییارتمنت صحت ورمونت، بوردطبابت، و/یا نماینده تعیین شده آن، و اداره لوی خرنوالی قرار دهید، چه شفاهی باشد یا کتبی (بشمول سوابق ارایه شده توسط سایر متخصصین صحتی یا نهادهای مراقبت های صحتی) 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. من بدینوسیله تصدق می‌کنم که نماینده شخصی _____ هستم و بنابراین اجازه دارم تا چنین کنم.

صرف با توجه به این اجازه مشخص برای افشاء به دییارتمنت صحت ورمونت، بوردطبابت، و به اداره لوی خرنوالی، و برای هیچ هدف 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 CFR 42، بخش 2، اعطا کرده اند معافیت می‌دهم و من شما را از افشای آن به دییارتمنت صحت ورمونت، بورد روطبابترا اساس درخواستم، برای ارزیابی بعضی جنبه های مراقبت های صحتی ارایه شده _____ مسئول نمی‌دانم.

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 بوردطبابت مربوط به این معلومات باشد، یا اگر کدام اقدام صورت گرفته باشد پس از 365 روز از تاریخ ذکر شده درینجا فسخ می‌شود.

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 ارایه شود.

تاریخ _____ نام _____
بشکل واضح

امضاء

آدرس

شهر، ایالت، زیپ کد