

**भर्मन्ट स्वास्थ्य विभाग, चिकित्सा अभ्यास बोर्ड**  
**(VERMONT DEPARTMENT OF HEALTH BOARD OF MEDICAL PRACTICE)**

108 Cherry Street - PO Box 70 Burlington, VT 05402-0070 फोन:

802-6574220 / फ्याक्स: 802-657-4227

भर्मन्टभित्रको टोल फ्रि: 800-745-7371

इ-मेल: AHS.VDHMedicalBoard@vermont.gov

**व्यक्तिगत प्रतिनिधि (बिरामी मृतक) द्वारा चिकित्सा रेकर्डको खुलासाका लागि अधिकारप्रदान**

**जो जससँग सम्बन्धित छ:**

म तपाईंलाई भर्मन्ट स्वास्थ्य विभाग, चिकित्सा अभ्यास बोर्ड र/वा यसको तोकिएको प्रतिनिधि र महान्यायाधिवक्ता कार्यालयमा तपाईंको अधिकार वा \_\_\_\_\_ (DOB, जन्म मिति) \_\_\_\_\_ सँग सम्बन्धित नियन्त्रणभित्रका कुनै आरक्षणविना नै सबै चिकित्सा रेकर्ड र सबै जानकारी तपाईंसँग परामर्श लिइएको वा तपाईंले सेवाहरू प्रदान गर्नुभएको हुन सक्ने कुनै पनि शारीरिक, \_\_\_\_\_ मनोवैज्ञानिक, मानसिक वा भावनात्मक अवस्था वा चोट वा रोगको सम्बन्धमा मौखिक वा लिखित (अन्य स्वास्थ्य व्यवसायी वा स्वास्थ्य सेवा संस्थाहरूले तपाईंलाई उपलब्ध गराएका रेकर्डहरूसहित) रूपमा प्रस्तुत गर्न अधिकार प्रदान गर्छु। म यसद्वारा \_\_\_\_\_ का लागि व्यक्तिगत प्रतिनिधि हुँ र त्यसैले यो गर्नका लागि अधिकारप्रदान गर्दछु भनी प्रमाणित गर्दछु।

भर्मन्ट स्वास्थ्य विभाग, चिकित्सा अभ्यास बोर्ड र महान्यायाधिवक्ता कार्यालयलाई खुलासा गर्नका लागि यो अधिकारप्रदानको सन्दर्भमा मात्र र अन्य कुनै उद्देश्यबाहेकका लागि, \_\_\_\_\_ को तर्फबाट, म यसद्वारा 42 CFR, भाग 2 द्वारा कभर गरिएका सामग्रीहरूसहित राज्य वा संघीय कानूनद्वारा यो जानकारी प्रदान गरिएको गोपनीयता वा कुनै पनि विशेषाधिकार वा उन्मुक्तिहरू स्पष्ट रूपमा त्याग गर्दछु र म \_\_\_\_\_ मा उपलब्ध गराइएका स्वास्थ्य स्याहारका केही पक्षहरू मूल्याङ्कन गर्नका लागि मेरो अनुरोधको बमोजिम भर्मन्ट स्वास्थ्य विभाग, चिकित्सा अभ्यास बोर्डमा उक्तको खुलासाबाट तपाईंलाई हानिरहित ठान्छु।

तपाईंले पहिले नै यसमा भर परेर कारबाही गरिसक्नु भएको हृदयसम्म बाहेक **यो अधिकारप्रदान** कुनै पनि समयमा रद्द गर्न सकिन्छ। पहिले खारेज गरिएको छैन भने, यो अधिकारप्रदान यस जानकारीसँग सम्बन्धित चिकित्सा अभ्यास बोर्डद्वारा लिइएको कुनै पनि कारबाहीको न्यायिक निधरणसहित अन्तिम कारबाहीमा समाप्त हुने छ वा उक्त कुनै कारबाही गरिएको छैन भने, यहाँको मितिदेखि 365 दिनमा समाप्त हुने छ।

तपाईंलाई भर्मन्ट स्वास्थ्य बोर्ड, चिकित्सा अभ्यास बोर्ड वा यसको तोकिएको प्रतिनिधि र महान्यायाधिवक्ताको कार्यालयमा यो अधिकारको म्याद समाप्त नभएसम्म वा खारेज गरिएसम्म निरन्तर रूपमा जानकारी मौखिक वा लिखित रूपमा, सिधै रिपोर्ट गर्न पनि **अधिकार प्रदान गरिएको छ।**

**यस अधिकारप्रदानको कन्फर्मेट फोटोस्ट्याटिक प्रतिलिपि यसको सट्टामा सर्भ गर्ने छ।**

मिति \_\_\_\_\_

नाम \_\_\_\_\_

पूरा

हस्ताक्षर

ठेगाना

सहर, राज्य, जिप कोड