

**JUNTA DE PRÁCTICAS MÉDICAS DEL
DEPARTAMENTO DE SALUD DE VERMONT**
108 Cherry Street - PO Box 70 Burlington, VT 05402-0070
Teléfono: 802-6574220 / Fax: 802-657-4227
Línea gratuita dentro de Vermont: 800-745-7371
Correo electrónico: AHS.VDHMedicalBoard@vermont.gov

**AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE EXPEDIENTES MÉDICOS POR
PARTE DE UN REPRESENTANTE PERSONAL (PACIENTE FALLECIDO)**

A QUIEN CORRESPONDA:

POR LA PRESENTE, LE AUTORIZO A USTED proporcionar al Departamento de Salud de Vermont, la Junta de Prácticas Médicas, y/o su representante designado, y a la Oficina del Fiscal General, todos los registros médicos y toda la información, sin reservas, dentro de su posesión o control relacionados con _____ (fecha de nacimiento _____, fecha de fallecimiento _____), ya sea de forma oral o escrita (incluidos los registros proporcionados a usted por otros profesionales de la salud o instituciones de atención médica) relacionados con cualquier condición física, psiquiátrica, mental o emocional, o lesión o enfermedad por la cual le hayan consultado o para la cual haya prestado servicios. Por la presente certifico que soy un representante personal de _____, y, por lo tanto, tengo autorización para hacer esto.

Solo con respecto a esta autorización para la divulgación al Departamento de Salud de Vermont, la Junta de Prácticas Médicas y a la Oficina del Fiscal General, y para ningún otro propósito, en nombre de _____, por la presente RENUNCIO expresamente a la confidencialidad y/o a cualquier privilegio o inmunidad otorgada a esta información por la ley Estatal o Federal, incluidos los materiales cubiertos por el Código de Reglamentos Federales 42, Parte 2, y lo eximo de responsabilidad por divulgar la misma al Departamento de Salud de Vermont, la Junta de Prácticas Médicas, de conformidad con mi solicitud, para evaluar ciertos aspectos de la atención médica proporcionada a _____.

ESTA AUTORIZACIÓN está sujeta a revocación en cualquier momento, excepto en la medida en que usted ya haya tomado acciones en función de la misma. Si no se revocó previamente, esta autorización finalizará cuando se tome una acción final, incluida una determinación judicial, de cualquier acción tomada por la Junta de Prácticas Médicas que esté relacionada con esta información o, si no se toma tal medida, finalizará 365 días a partir de la fecha del presente documento.

TAMBIÉN ESTÁ AUTORIZADO a presentar información, ya sea de forma oral o escrita, directamente al Departamento de Salud de Vermont, la Junta de Prácticas Médicas o su representante designado, y a la Oficina del Fiscal General, de forma continua hasta que esta autorización expire o sea revocada.

UNA COPIA FOTOSTÁTICA CONFORME AL ORIGINAL DE ESTA AUTORIZACIÓN ES VÁLIDA

Fecha _____

Nombre _____

Con letra de imprenta

Firma

Dirección

Ciudad, estado, código postal