

IDARA YA AFYA YA VERMONT BODI YA HUDUMA YA AFYA

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

Simu: 802-6574220 / Faksi: 802-657-4227

Huduma ya simu ya bure huko Vermont: 800-745-7371

Barua pepe: AHS.VDHMedicalBoard@vermont.gov

**RUHUSA YA MWAKILISHI WA KIBINAFSI YA KUTOA
REKODI ZA KIMATIBABU (MGONJWA AMEFARIKI)**

KWA YEYOTE ANAYEHUSIKA:

NINAKURUHUSU upe Bodi ya Utabibu ya Idara ya Afya ya Vermont, na/au mwakilishi wake mteule na Ofisi ya Mwanasheria Mkuu wa Serikali, rekodi zote za kimatibabu na taarifa zote, bila kusita, unazomiliki au unazodhibiti kuhusiana na _____ (TAREHE YA KUZALIWA _____, tarehe ya kifo _____), iwe za maneno au za maandishi (pamoja na rekodi ulizopewa na wahudumu wengine wa afya au taasisi za afya) zinazohusiana na hali yoyote ya kimwili, ya tiba ya magonjwa ya akili, ya kiakili au ya kihisia au jeraha au ugonjwa, hivi kwamba huenda uliombwa ushauri au ukatoa huduma zako. Ninathibitisha kuwa mimi ni mwakilishi wa kibinafsi wa _____, na kwa hivyo ninaruhusiwa kufanya hivi.

Kuhusiana tu na idhini hii mahususi ya ufichuzi kwa Idara ya Afya ya Vermont, Bodi ya Huduma ya Afya na kwa Ofisi ya Mwanasheria Mkuu, na sio kwa kusudi lingine, kwa niaba ya _____, kwa uwazi NINAONDOA usiri na/au mapendeleo au ulinzi uliotolewa kwa taarifa hizi na sheria ya Jimbo au Shirikisho, ikiwa ni pamoja na nyenzo zinazojumuishwa chini ya sheria ya 42 CFR, Kifungu cha 2 na ninakuondolea lawama ya kufichua taarifa hizi kwa Bodi ya Utabibu ya Idara ya Afya ya Vermont, kwa mujibu wa ombi langu, la kutathmini vipengele fulani vya huduma ya afya inayotolewa _____.

IDHINI HII inaweza kubatilishwa wakati wowote isipokuwa kwa upeo ambao tayari umechukua hatua kwa kuitegemea. Ikiwa haikubatilishwa hapo awali, idhini hii itasitishwa baada ya hatua ya mwisho, ikiwa ni pamoja na uamuzi wa mahakama, wa hatua yoyote iliyochukuliwa na Bodi ya Utabibu inayohusiana na taarifa hii, au, ikiwa hatua kama hiyo haitachukuliwa, itasitishwa siku 365 kuanzia tarehe ya makubaliano haya.

PIA UMERUHUSIWA kuripoti taarifa, kwa maneno au kwa maandishi, moja kwa moja kwa Bodi ya Utabibu ya Idara ya Afya ya Vermont, au mwakilishi wake mteule, na kwa Ofisi ya Mwanasheria Mkuu wa Serikali, mara kwa mara hadi muda wa kutumika kwa idhini hii utakapoisha au itakapobatilishwa.

CHAPA YA NAKALA HALISI YA IDHINI HII ITATUMIKA BADALA YAKE.

Tarehe _____

Jina _____

Lililoandikwa

Sahihi

Anwani

Jiji, Jimbo, Msimbo wa Posta