

佛蒙特州卫生局医疗实践委员会
108 Cherry Street – PO Box 70 Burlington, VT 05402-0070
电话：802-657-4220 / 传真：802-657-4227
佛蒙特州内免费电话：800-745-7371
电子邮件：AHS.VDHMedicalBoard@vermont.gov

有权在患者在世时参与医疗护理决策的人士在患者身故后
发布其医疗记录之授权书

致相关人士：

本人特此证明，本人是现已去世患者的家庭成员、其他亲属或亲密的私人朋友，_____ 并且本人被授权参与他/她的医疗护理和/或与医疗护理相关的付款事宜，这符合 45 C.F.R. § 164.510 (b) 的规定，并具有相关证据_____（例如，委托书、预设指示、监护权文件），其副本附后。本人进一步证明，本人相信自己有权提供此项授权。

本人特此授权您毫无保留地向佛蒙特州卫生局医疗实践委员会和/或其指定代表以及总检察长办公室提供您拥有或控制的与_____（出生日期_____，死亡日期_____）相关的所有医疗记录和所有信息，这包括口头和书面记录（包括其他医疗从业者或医疗保健机构提供给您的记录），并涉及您可能已提供过咨询或服务的任何身体、精神、心理或情绪状况或伤害或疾病。

仅就此项关于向佛蒙特州卫生局医疗实践委员会和总检察长办公室披露信息，而非出于其他目的的授权，本人代表_____，特此明确放弃联邦法律赋予这些信息的保密性和/或任何特权或豁免权，包括 42 CFR 第 2 部分涵盖的材料，并且本人保证，您不会因根据本人要求向佛蒙特州卫生局医疗实践委员会披露这些信息以评估向_____提供医疗护理的特定方面，而受到损害。

此项授权可以随时撤销，但这不涉及您已经根据此项授权采取的行动。如果未经撤销，则此项授权将在医疗实践委员会采取与这些信息相关的最终行动（包括司法决定）时终止，或者，如果未采取此类行动，则自此项授权之日起 365 天后终止。

您还有权以口头或书面形式直接向佛蒙特州卫生局医疗实践委员会或其指定代表以及总检察长办公室报告信息，直到此项授权到期或被撤销。

本授权书的合格影印本与本授权书具有同等效力。

日期 _____

姓名 _____

印刷体

签名

地址

城市、州和邮政编码