

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: 802-657-4220 / फ्याक्स: 802-657-4227

भर्मन्टभित्रका लागि टोल फ्री नम्बर 800-745-7371

इमेल: AHS.VDHMedicalBoard@vermont.gov

स्वास्थ्य हेरचाहमा सहभागी हुने अधिकार भएको व्यक्तिद्वारा मृतक बिरामीका चिकित्सा रेकर्डहरू खुलासा गर्ने अधिकार बिरामी जीवित हुँदै गरिने निर्णयहरू

जे जोसँग सम्बन्धित छ:

म यसद्वारा म हालको मृतकको परिवारको सदस्य, अन्य नातेदार वा नजिकको व्यक्तिगत साथी हुँ भन्ने कुरा प्रमाणित गर्छु _____ र मलाई 45 C.F.R. द्वारा (§ 164.510(b) र _____ (जस्तै, पावर अफ अटर्नीको कागजात, विशेष निर्देशन, अभिभावकत्व) प्रदान गरिएका प्रमाणअनुसार उहाँको स्वास्थ्य हेरचाह गर्न र स्वास्थ्य सेवासम्बन्धी भुक्तानीमा संलग्न हुने अधिकार दिइएको थियो र सो अधिकार दिइएको कागजातको प्रतिलिपि संलग्न छ भनी प्रमाणित गर्दछु। साथै मलाई यो प्रमाणीकरण गर्न अधिकार प्रदान गरिएको कुरा विश्वास गर्छु भनी म प्रमाणित गर्छु।

म यसद्वारा तपाईंलाई भर्मन्ट स्वास्थ्य विभाग, चिकित्सा अभ्यास बोर्ड वा यसले तोकेका प्रतिनिधि र महान्यायाधिवक्ताको कार्यालयले _____ (DOB (जन्म मिति _____, मृत्यु भएको मिति _____) का सम्बन्धमा सबै चिकित्सा रेकर्ड र सबै जानकारी कुनै रिजर्बेसनविना तपाईंको धारणाधिकारमा वा नियन्त्रणमा खुलासा गर्न सक्छन्। सो खुलासामा तपाईंसँग परामर्श लिइएको वा तपाईंले सेवाहरू प्रदान गर्नुभएको हुन सक्ने कुनै शारीरिक, मानसिक, मानसिक वा भावनात्मक अवस्था वा चोट वा रोगसम्बन्धी (अन्य स्वास्थ्य पेशेवर वा स्वास्थ्य सेवा संस्थाहरूले तपाईंलाई उपलब्ध गराएका अभिलेखहरूसहित) मौखिक वा लिखित रूपमा गर्न सक्ने छन् भनी अधिकार-प्रदान गर्दछु।

यो अधिकार-प्रदान भर्मन्ट स्वास्थ्य विभाग, चिकित्सा अभ्यास बोर्ड र महान्यायाधिवक्ताको कार्यालयलाई मात्र रेकर्ड तथा जानकारी खुलासा गर्ने र अन्य कुनै उद्देश्यका लागि नभएकाले म यसअनुसार, _____ का तर्फबाट, व्यक्त रूपमा गोपनीयता र/वा संघीय राज्य कानूनद्वारा प्रदान गरिएका कुनै पनि विशेषाधिकार वा उन्मुक्तिहरू लगायत 42 CFR, भाग 2 द्वारा समेटिएका सामग्रीहरू त्याग गर्छु र म तपाईंलाई मेरो अनुरोधअनुसार उपलब्ध गराइएका स्वास्थ्य हेरचाहका निश्चित पक्षहरूको मूल्याङ्कनका सम्बन्धमा भर्मन्ट स्वास्थ्य विभाग, चिकित्सा अभ्यास बोर्डमा खुलासा गरेका कारण हुन सक्ने हानिबाट मुक्त राख्दछु _____।

यो अधिकार-प्रदान तपाईंले यसअघि नै नै यसमा निर्भर रहेर कार्य गरिसक्नुभएको कुरामाबाहेक जुनसुकै समयमा रद्द गर्न सकिन्छ। पहिले नै रद्द गरिएको छैन भने यो अधिकार यो जानकारीसम्बन्धी चिकित्सा अभ्यास बोर्डद्वारा लिइएको कुनै पनि कारबाहीको न्यायिक निर्धारणसहितको अन्तिम कारबाही वा त्यस्तो कुनै कारबाही गरिएको छैन भने कारबाही गरिएको 365 दिनमा समाप्त हुने छ।

तपाईंलाई सीधै भर्मन्ट स्वास्थ्य विभाग, चिकित्सा अभ्यास बोर्ड वा यसका तोकिएका प्रतिनिधि र महान्यायाधिवक्ताको कार्यालयमा, यो अधिकार-प्रदानको म्याद समाप्त नभएसम्म वा रद्द नगरिएसम्म मौखिक वा लिखित रूपमा निरन्तर रूपमा जानकारी रिपोर्ट गर्न पनि अधिकार रहन्छ।

यो अधिकार-प्रदानको पुष्टि गरिएको फोटो स्ट्याटिक प्रतिलिपि यसको यही स्थिर रूपमा दिइन्छ।

मिति _____

नाम _____

स्पष्ट अक्षरमा लेखिएको

हस्ताक्षर

ठेगाना

सहर, राज्य, जिप कोड