

醫療記錄披露授權

致有關人士：

我特此授權您向佛蒙特州衛生部、醫療實踐委員會和/或其指定的代表、以及總檢察長辦公室毫無保留地提供您所擁有或控制且與我有關的所有醫療記錄和所有資訊，無論是口頭或是書面資訊（包括其他醫療保健執業人員或醫療機構向您提供的記錄），包括您可能為之提供服務的任何身體、精神、心理或情緒狀況或受傷或疾病的相關資訊。

就本特定授權書而言，僅出於向佛蒙特州衛生部門、醫療執業委員會和司法部長辦公室披露資訊之目的，且排除任何其他之目的，我特此明確放棄聯邦法律賦予此資訊的保密性和/或任何特權或豁免，包括 42 CFR 第 2 部分所涵蓋的材料；並且，我保護您不會因為根據我的要求向佛蒙特州衛生部、醫療執業委員會披露該等資訊來評估我的醫療保健服務的某些方面而受到任何傷害。

本授權可能隨時撤銷，但您已經根據本授權採取行動的情況除外。如果未被提前撤銷，本授權將在醫療執業委員會所採取的、與此等資訊相關的任何行動之最終行動（包括司法決定）之時終止；或者，如果未採取此類行動，則將在本授權書生效之日起 365 天內終止。

此外，您還獲授權以口頭或書面形式直接向佛蒙特州衛生部、醫療執業委員會或其指定的代表、以及總檢察長辦公室持續報告資訊，直至本授權到期或被撤銷為止。

本授權書經確認的影印本應具備同等法律效力。

姓名（正楷姓名）

出生日期

地址

地址

城市/州/郵遞區號

簽名

日期