

إدارة الصحة في فيرمونت مجلس الممارسة الطبية  
108 Cherry Street - PO Box 70 Burlington, VT 05402-0070  
هاتف: 802-657-4220 / فاكس: 802-657-4227  
الرقم المجاني داخل فيرمونت: 800-745-7371  
بريد إلكتروني: AHS.VDHMedicalBoard@vermont.gov

### تفويض بنشر السجلات الطبية من قبل حامل التوكيل

إلى من يهمه الأمر:

أفوضكم بموجب هذه الوثيقة بأن تقدموا إلى مجلس الممارسة الطبية التابع لإدارة الصحة في فيرمونت، و/أو الممثل المعين من ناحيته، وإلى مكتب المدعي العام، بدون تحفظ، جميع السجلات الطبية وجميع المعلومات الواقعة في حوزتكم أو تحت سيطرتكم فيما يتعلق بالسيد/ (تاريخ الميلاد) \_\_\_\_\_، سواء كانت شفوية أو مكتوبة (بما في ذلك السجلات المقدمة لك من قبل الممارسين الصحيين الآخرين أو مؤسسات الرعاية الصحية الأخرى) المتعلقة بأي حالة أو إصابة جسدية أو نفسية أو عقلية أو عاطفية، أو مرض ربما تمت استشارتكم بشأنه أو ربما تم تقديم خدمات لكم بخصوصه. وأقرُّ بموجب ذلك أنني أحمل توكيلاً يخولني القيام بذلك بصفتي الوكيل الرسمي \_\_\_\_\_، وأن هذا التوكيل لم يتم إلغاؤه أو تقييده. هناك نسخة من التوكيل مرفقة مع هذه الوثيقة.

فقط فيما يتعلق بهذا التفويض المحدد بالإفصاح لمجلس الممارسة الطبية التابع لإدارة الصحة في فيرمونت، ومكتب المدعي العام، وليس لأي غرض آخر، ونيابةً عن موكلتي \_\_\_\_\_، أتنازل أنا بموجب هذه الوثيقة صراحةً عن السرية و/أو أي امتيازات أو حصانات ممنوحة لهذه المعلومات بموجب قانون الولاية أو القانون الفيدرالي، بما في ذلك المواد التي يغطيها CFR, Part 2 42، كما أنني أعفيكم من أي مسؤولية أو ضرر من جزاء الإفصاح عن هذه المعلومات إلى مجلس الممارسة الطبية التابع لإدارة الصحة في فيرمونت، بناءً على طلبي، لتقييم جوانب معينة من الرعاية الصحية المقدمة إلى \_\_\_\_\_.

هذا التفويض عرضة للإلغاء في أي وقت فيما عدا إلى الحد الذي اتخذت معه بالفعل بعض الإجراءات استنادًا إليه. وفي حالة عدم إلغاء هذا التفويض في وقت سابق، فسوف تنتهي صلاحيته عند اتخاذ الإجراء النهائي، بما في ذلك على سبيل المثال الحكم القضائي، لأي إجراءات أو تدابير يتخذها مجلس الممارسة الطبية فيما يتعلق بهذه المعلومات، أو في حالة عدم اتخاذ مثل هذا الإجراء، فسوف تنتهي صلاحيته بعد مرور 365 يومًا من تاريخه.

كما أنك مفوضٌ بالإبلاغ عن المعلومات، شفهيًا أو كتابيًا، مباشرة لدى مجلس الممارسة الطبية التابع لإدارة الصحة في فيرمونت، أو الممثل المعين من ناحيته، ولدى مكتب المدعي العام بشكل مستمر حتى تنتهي صلاحية هذا التفويض أو يتم إلغاؤه.

أي نسخة طبق الأصل من هذا التفويض تحل محله وتكون بديلاً عنه.

التاريخ \_\_\_\_\_ الاسم \_\_\_\_\_  
مطبوعًا

التوقيع \_\_\_\_\_

العنوان \_\_\_\_\_

المدينة، الولاية، الرمز البريدي \_\_\_\_\_