



Department of Health
Board of Medical Practice
P.O. Box 70
Burlington, VT 05402-0070
800-745-7371

AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE EXPEDIENTES MÉDICOS

A QUIEN CORRESPONDA:

POR LA PRESENTE LES AUTORIZO a proporcionar a la Junta de Práctica Médica del Departamento de Salud de Vermont (*Department of Health, Board of Medical Practice*), y/o a su representante designado, y a la Oficina del Fiscal General, todos los expedientes médicos y toda la información, sin reservas, que tenga en su posesión o bajo su control relacionada conmigo, ya sea oral o escrita (incluidos los registros proporcionados a usted por otros profesionales de la salud o instituciones de atención médica), en relación con cualquier afección, daño o enfermedad de carácter físico, psiquiátrico, mental o emocional para el que haya prestado servicios.

Únicamente en lo que respecta a esta autorización específica de divulgación a la Junta de Práctica Médica del Departamento de Salud de Vermont y a la Oficina del Fiscal General, y para ningún otro fin, por la presente RENUNCIO expresamente a la confidencialidad y/o a cualquier privilegio o inmunidad otorgados a esta información por la ley estatal o federal, incluidos los materiales cubiertos por 42 CFR, Parte 2, y lo eximo de responsabilidad por la divulgación de la misma a la Junta de Práctica Médica del Departamento de Salud de Vermont, de conformidad con mi solicitud, para evaluar ciertos aspectos de mi atención médica.

ESTA AUTORIZACIÓN se encuentra sujeta a revocación en cualquier momento, excepto en la medida en que usted ya haya tomado medidas en función de ella. Si no ha sido revocada previamente, esta autorización terminará cuando se tome una acción final, incluyendo una determinación judicial de cualquier acción tomada por la Junta de Práctica Médica que esté relacionada con esta información o, si no se toma tal acción, terminará 365 días después de la fecha de la presente.

TAMBIÉN ESTÁ AUTORIZADO a presentar información, ya sea de forma oral o escrita, directamente a la Junta de Práctica Médica del Departamento de Salud de Vermont, o su representante designado, y a la Oficina del Fiscal General, de forma continua hasta que esta autorización expire o sea revocada.

UNA COPIA FOTOSTÁTICA CONFORME A LA ORIGINAL DE ESTA AUTORIZACIÓN SERÁ VÁLIDA EN SU LUGAR.

NOMBRE (en letra de imprenta)

Fecha de nacimiento

Dirección

Dirección

Ciudad/Estado/Código postal

Firma

Fecha