

د ویرمانټ (VERMONT) د روغتیا خانګه د طبي کرنې بورډ  
Cherry Street - PO Box 70 Burlington, VT 05402-0070 108  
تېلېفون: 6574220-802 / فکس: 4227-657-802  
په Vermont کې په بشپړه توګه وړیا شمیره: 7371-745-800  
برېښنالیک: AHS.VDHMedicalBoard@vermont.gov

د شخصي استازي لخوا د طبي سوابقو د خپرولو اجازه (هغه مهال چې ناروغ مړ وي)

اړونده ادارې ته:

زه له دې لارې تاسو ته اجازه درکوم چې د Vermont روغتیا خانګې، د طبي کرنې بورډ او/یا یې ټاکل شوي استازي او د لوی څارنوال دفتر ته ټول معلومات له کوم قید او شرط پرته وړاندې کړئ، کوم چې ستاسو په ملکیت یا واک کې دي په شمول د \_\_\_\_\_ (د زیږون نېټه \_\_\_\_\_ د مړینې نېټه \_\_\_\_\_)، دا که شفاهي وي او که په لیکلي بڼه (د هغو سوابقو په شمول کوم چې د نورو د روغتیا د متخصصینو یا روغتیايي پاملرنې ادارو لخوا درکړل شوي)، چې په جسمي، رواني او عاطفي حالتونو یا ټپي کېدو یا داسې ناروغۍ پورې اړوند وي چې په اړه یې له تاسو سره مشوره شوې یا د هغو لپاره بنایي چې تاسو خدمتونه ورکړي وي. زه په دې توګه تصدیقوم چې زه د \_\_\_\_\_ یو شخصي استازي یم او له همدې امله د دغې چارې د ترسره کولو اجازه لرم.

زه په دې توګه په ښکاره ډول د \_\_\_\_\_ په استازیتوب یوازې د دغې اجازې په تړاو د Vermont د روغتیا خانګې، د طبي تطبیقاتو بورډ او لویې څارنوالۍ ته د افشا کولو په موخې سره، خو نه د بلې موخې لپاره له محرمیت او/یا هر ډول امتیازاتو یا هغو معافیتونو څخه معافي کوم چې دغه معلومات یې د فدرالي قانون خانګې لخوا په CFR، 2 42 برخه کې د پوښل شوو موادو په ګډون همغږي کړي دي او تاسو د Vermont د روغتیا خانګې، د طبي تطبیقاتو بورډ ته زما له غوښتنې سره سم، \_\_\_\_\_ ته د چمتو شوي روغتیايي پاملرنې د ځانګړو اړخونو د ارزولو لپاره له ورته افشا کولو څخه بې زیانه ساتم.

دغه اجازه هر وخت لغو کېدای شي، پرته لدې چې تاسو یې له مخې کوم اقدام کړی وي. که چیرې دمخه لغوه شوي نه وي، نو دا واک به د وروستی عمل په جریان کې پای ته ورسېږي، پشمول د قضایې پریکړې یا د طبي کرنې د بورډ لخوا ترسره شوی هر هغه اقدام چې د دې معلوماتو پورې اړه لري، یا، که داسې اقدام ونه شي، نو د نیتي څخه به 365 ورځې کې پای ته ورسېږي.

تاسو همداراز اجازه لرئ چې معلومات، یا په شفاهي یا لیکلي توګه، په مستقیم ډول د Vermont د روغتیا خانګې، د طبي تطبیقاتو بورډ، یا د هغه ټاکل شوي استازي، او لویې څارنوالۍ ته په دوامداره توګه تر هغه پورې راپور کړی څو چې دغه اجازه پای ته رسي یا لغوه کېږي.

د دغه اجازې یوه قانون سره سم تصدیق شوي فوټوسټیټیک کاپي د دې پر ځای کار کوي.

نېټه \_\_\_\_\_ نوم \_\_\_\_\_  
چاپ شوی  
لاسلیک  
پته  
ښار، ایالت، زیپ کوډ