

دیپارتمنت صحت

بورد طبابت

P.O. Box 70

Burlington, VT 05402-0070

7371-745-800

اجازه بخاطر نشر سوابق طبی

به مسئولین یا اداره مربوطه:

من بدینوسیله به شما اجازه می‌دهم تمام سوابق طبی و تمام معلومات مربوط به خودم را که در اختیار یا کنترل شما است، بطور کامل، در اختیار دیپارتمنت صحت ورمونت، بورد طبابت، و/یا نماینده تعیین شده آن، و اداره لوی څارنوالی قرار دهید چه شفاهی باشد یا کتبی (بشمول سوابق ارایه شده توسط سایر متخصصین صحتی یا نهادهای مراقبت های صحتی)، مربوط به هر گونه وضعیت فیزیکی، روانی، روحی یا عاطفی یا آسیب یا مریضی که ممکن است بخاطر آن با شما مشوره شده باشد یا برای آن ممکن است خدمات ارایه کرده باشید.

صرف با توجه به این اجازه مشخص برای افساء به دیپارتمنت صحت ورمونت، بورد طبابت، و به اداره لوی څارنوالی، و برای هیچ هدف دیگری، من صراحتاً حریمیت و/یا هر گونه امتیاز یا مصونیت های که این معلومات را توسط قانون ایالت فدرال، از جمله مواد تحت پوشش CFR 42، بخش 2، اعطا نموده اند معافیت میدهم و من شما را از افشای آن به دیپارتمنت صحت ورمونت، بورد روطبابت براساس درخواستم، برای ارزیابی بعضی جنبه های مراقبت های صحتی ارایه شده به خودم مسئول نمی دانم.

این اجازه ممکن است هر زمانی لغو شود به استثنای معیادی که شما طبق آن قبلاً اقدام کرده اید. اگر قبلاً لغو نشده باشد، این اجازه پس از اقدام نهایی، بشمول تصمیم قضایی، در مورد هر اقدامی که توسط بورد طبابت مربوط به این معلومات باشد، یا اگر اقدامی صورت گرفته باشد پس از 365 روز از تاریخ ذکر شده در اینجا فسخ می شود.

شما همچنین اجازه دارید تا معلومات را به صورت شفاهی یا کتبی مستقیماً به دیپارتمنت صحت ورمونت، بورد طبابت، یا نماینده تعیین شده آن و به اداره لوی څارنوالی گزارش بدهید تا زمانی که این اجازه انقضاء یابد یا لغو شود.

یک کاپی فوتواستاتیک منطبق از این اجازه باید به جای آن ارایه شود.

تاریخ تولد

نام (بشکل واضح)

ادرس

ادرس

شهر/ایالت/زیپ کد

تاریخ

امضاء