**स्वास्थ्य विभाग**
चिकित्सा अभ्यास बोर्ड
P.O. Box 70
Burlington, VT 05402-0070
800-745-7371

## चिकित्सा रेकर्डहरूको खुलासाका लागि अधिकारप्रदान

जो जससँग सम्बन्धित छ:

म तपाईंलाई भर्मन्ट स्वास्थ्य विभाग, चिकित्सा अभ्यास बोर्ड र/वा यसको तोकिएको प्रतिनिधि र महान्यायाधिवक्ता कार्यालयमा तपाईंको अधिकार वा मसँग सम्बन्धित नियन्त्रणभित्रका कुनै आरक्षणविना नै सबै चिकित्सा रेकर्ड र सबै जानकारी तपाईंसँग परामर्श लिइएको हुन सक्ने कुनै पनि शारीरिक, मनोवैज्ञानिक, मानसिक वा भावनात्मक अवस्था वा चोट वा रोगको सम्बन्धमा मौखिक वा लिखित (अन्य स्वास्थ्य व्यवसायी वा स्वास्थ्य सेवा संस्थाहरूले तपाईंलाई उपलब्ध गराएका रेकर्डहरूसहित) रूपमा प्रस्तुत गर्न **अधिकार प्रदान गर्छु**।

भर्मन्ट स्वास्थ्य विभाग, चिकित्सा अभ्यास बोर्ड र महान्यायाधिवक्ता कार्यालयलाई खुलासा गर्नका लागि यो विशेष अधिकारप्रदानको सन्दर्भमा मात्र र अन्य कुनै उद्देश्यबाहेकका लागि, म यसद्वारा 42 CFR, भाग 2 द्वारा कभर गरिएका सामग्रीहरूसहित राज्य वा संघीय कानुनद्वारा यो जानकारी प्रदान गरिएको गोपनीयता वा कुनै पनि विशेषाधिकार वा उन्मुक्तिहरू स्पष्ट रूपमा त्याग गर्दछु र म मेरो स्वास्थ्य स्याहारका केही पक्षहरू मूल्याङ्कन गर्नका लागि मेरो अनुरोधको बमोजिम भर्मन्ट स्वास्थ्य विभाग, चिकित्सा अभ्यास बोर्डमा उक्तको खुलासाबाट तपाईंलाई हानिरहित ठान्छु।

तपाईंले पहिले नै यसमा भर परेर कारबाही गरिसक्नु भएको हदसम्म बाहेक **यो अधिकारप्रदान** कुनै पनि समयमा रद्द गर्न सकिन्छ। पहिले खारेज गरिएको छैन भने, यो अधिकारप्रदान यस जानकारीसँग सम्बन्धित चिकित्सा अभ्यास बोर्डद्वारा लिइएको कुनै पनि कारबाहीको न्यायिक निर्धारणसहित अन्तिम कारबाहीमा समाप्त हुने छ वा उक्त कुनै कारबाही गरिएको छैन भने, यहाँको मितिदेखि 365 दिनमा समाप्त हुने छ।

तपाईंलाई भर्मन्ट स्वास्थ्य बोर्ड, चिकित्सा अभ्यास बोर्ड वा यसको तोकिएको प्रतिनिधि र महान्यायाधिवक्ताको कार्यालयमा यो अधिकारको म्याद समाप्त नभएसम्म वा खारेज गरिएसम्म निरन्तर रूपमा जानकारी मौखिक वा लिखित रूपमा, सिधै रिपोर्ट गर्न पनि **अधिकार प्रदान गरिएको छ**।

यस अधिकारप्रदानको कन्फर्म भएको फोटोस्ट्याटिक प्रतिलिपि यसको सट्टामा काम गर्ने छ।

______________________ ______________________
नाम (पूरा) जन्म मिति

______________________
ठेगाना

______________________
ठेगाना

______________________
सहर/राज्य/जिप

______________________ ______________________
हस्ताक्षर मिति