

**VERMONT DEPARTMENT OF HEALTH BOARD OF
MEDICAL PRACTICE**
108 Cherry Street - PO Box 70 Burlington, VT 05402-0070
Тел.: 802-6574220 / Факс: 802-657-4227
Безкоштовні дзвінки у межах штату Вермонт: 800-745-7371
Ел. пошта: AHS.VDHMedicalBoard@vermont.gov

ДОЗВІЛ НА РОЗКРИТТЯ МЕДИЧНОЇ ДОКУМЕНТАЦІЇ

ДЛЯ ПРЕД'ЯВЛЕННЯ ЗА МІСЦЕМ ВИМОГИ

ЦИМ ДОКУМЕНТОМ Я УПОВНОВАЖУЮ ВАС надати Департаменту охорони здоров'я штату Вермонт, Раді з питань медичної практики (Vermont Department of Health, Board of Medical Practice) та/або їх призначеному представнику, а також Офісу Генерального прокурора всю медичну документацію та всю інформацію, без будь-яких обмежень, якою ви володієте або яку ви контролюєте, стосовно моєї **ДИТИНИ**, в усній чи письмовій формі (у т. ч. документи, надані вам іншими медичними працівниками чи установами охорони здоров'я), що стосуються будь-якого фізичного, психіатричного, психічного чи емоційного стану, травми чи захворювання, з приводу якого ви могли надавати послуги.

Виключно в рамках цього конкретного дозволу на розкриття інформації, наданого Департаменту охорони здоров'я штату Вермонт (Раді з питань медичної практики) та Офісу Генерального прокурора, і ні з якою іншою метою, справжнім я прямо **ВІДМОВЛЯЮСЯ** від конфіденційності та/або будь-яких привілеїв чи імунітетів, пов'язаних із зазначеною інформацією, відповідно до закону штату або федерального законодавства, включно з матеріалами, передбаченими Кодексом федерального законодавства 42 CFR, частина 2, і я звільняю вас від відповідальності за розголошення такої інформації Департаменту охорони здоров'я штату Вермонт, Раді з питань медичної практики, на підставі мого запиту, з метою оцінки певних аспектів медичної допомоги, наданої моїй **ДИТИНІ**.

ЦЕЙ ДОЗВІЛ підлягає скасуванню у будь-який час, за винятком тих випадків, коли ви вже вчинили дії на основі нього. Чинність цього дозволу припиняється (якщо він не був скасований раніше) після остаточних дій, включно з вирішенням у судовому порядку, щодо будь-яких заходів, вжитих Радою медичної практики, які стосуються зазначеної інформації, або, якщо такі дії не вчинено, припиняється через 365 днів після сьогоднішньої дати.

ВИ ТАКОЖ УПОВНОВАЖЕНІ на постійній основі надавати інформацію в усній чи письмовій формі безпосередньо Департаменту охорони здоров'я штату Вермонт, Раді з питань медичної практики, або їх призначеному представнику та Офісу Генерального прокурора до закінчення терміну дії цього дозволу або його відкликання.

ЗАВІРЕНА ФОТОСТАТИЧНА КОПІЯ ЦЬОГО ДОЗВОЛУ ПРИРІВНЮЄТЬСЯ ДО ОРИГІНАЛУ.

Ім'я дитини (друкованими літерами)

Дата народження

Ім'я одного з батьків/опікуна (друкованими літерами) Один із батьків/опікун (підпис) / Дата

Поштова адреса