Vermont ကျန်းမာရေးဌာန၊ ဆေးကုသစောင့်ရှောက်မှုရေးရာ

သုံးသပ်ရေးဘုတ်အဖွဲ့

108 Cherry Street - PO Box 70 Burlington,
VT 05402-0070

ဖုန်း- 802-6574220 / ဖက်စ်- 802-657-4227

Vermont ပြည်နယ်အတွင်း ခေါ်ဆိုခ အခမဲ့ ဖုန်းနံပါတ် 800-745-7371

အီးမေးလ်- AHS.VDHMedicalBoard@vermont.gov

ဆေးကုသမှုမှတ်တမ်းများ ထုတ်ပြန်ခြင်းအတွက် ရှေ့နေလွှဲစာ ကိုင်ဆောင်ထားသူ၏ ခွင့်ပြုချက်

သက်ဆိုင်သူထံသို့-

သင့်ကို ဆွေးနွေးအကြံပေးခဲ့နိုင်သည့် သို့မဟုတ် သင့်ကို ဝန်ဆောင်မှုများ ပေးခဲ့နိုင်သည့် ရုပ်ပိုင်းဆိုင်ရာ၊ စိတ်ရောဂါဆိုင်ရာ၊ စိတ်ပိုင်းဆိုင်ရာ သို့မဟုတ် စိတ်ခံစားချက်ပိုင်းဆိုင်ရာ အခြေအနေ သို့မဟုတ် ထိခိုက်ဒဏ်ရာ သို့မဟုတ် ရောဂါတစ်ခုခုနှင့်ဆက်စပ်၍ နှုတ်ဖြင့်ဖြစ်စေ၊ စာဖြင့်ဖြစ်စေ (အခြားကျန်းမာရေး ကျွမ်းကျင်ပညာရှင်များ သို့မဟုတ် ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှု အဖွဲ့အစည်းက သင့်ကို ပေးသည့် မှတ်တမ်းများအပါအဝင်) ______ __________________________________ (မွေးသက္ကရာဇ်______________) နှင့်သက်ဆိုင်သော သင့်လက်ဝယ်ရှိ သို့မဟုတ် ထိန်းချုပ်မှုအောက်ရှိ ဆေးကုသမှုမှတ်တမ်းအားလုံးနှင့် အချက်အလက်အားလုံးကို ကန့်သတ်ချက်မရှိဘဲ Vermont ကျန်းမာရေးဌာန၊ ဆေးကုသစောင့်ရှောက်မှုရေးရာ သုံးသပ်ရေးဘုတ်အဖွဲ့နှင့်/သို့မဟုတ် ၎င်း၏ သတ်မှတ်ထားသော ကိုယ်စားလှယ်နှင့် အထွေထွေရှေ့နေရုံးအား ပံ့ပိုးပေးရန် သင့်အား ဤနေရာတွင် **ကျွန်ုပ်ခွင့်ပြုပါသည်**။ ကျွန်ုပ်သည် _________ အတွက် ဤကိစ္စရပ်နှင့်စပ်လျဉ်း၍ ရှေ့နေအဖြစ် အမှန်တကယ် လုပ်ဆောင်ရန် ကျွန်ုပ်အားခွင့်ပြုပေးသော ရှေ့နေလွှဲစာကို ကိုင်ဆောင်ထားပြီး ရှေ့နေလွှဲစာကို ပြန်လည်ရုပ်သိမ်းထားခြင်း သို့မဟုတ် ကန့်သတ်ထားခြင်း မရှိကြောင်း ဤနေရာတွင် အတည်ပြုပါသည်။
ရှေ့နေလွှဲစာ မိတ္တူတစ်စောင် ပူးတွဲပါရှိသည်။

အခြားရည်ရွယ်ချက်အတွက် မဟုတ်ဘဲ Vermont ကျန်းမာရေးဌာန၊ ဆေးကုသစောင့်ရှောက်မှုရေးရာ သုံးသပ်ရေးဘုတ်အဖွဲ့နှင့် အထွေထွေရှေ့နေရုံးထံ ထုတ်ဖော်ပြောရန် ဤခွင့်ပြုချက်အတိအကျနှင့် စပ်လျဉ်း၍သာ ကျွန်ုပ်သည် ___________၏ကိုယ်စား 42 CFR၊ အပိုင်း 2 တွင် အကျုံးဝင်သော အချက်အလက်များ အပါအဝင် ပြည်နယ်ဖက်ဒရယ်ဥပဒေအရ ဤအချက်အလက်ကို လျှို့ဝှက်ထားရှိမှု နှင့်/သို့မဟုတ် ယင်းကပေးအပ်သော မည်သည့်အခွင့်ထူး သို့မဟုတ် ကင်းလွတ်ခွင့်မဆိုကို ဤတွင် အတိအလင်းစွန့်လွှတ်ပြီး _____အား ပံ့ပိုးပေးသည့် ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှု ကဏ္ဍအချို့ကို အကဲဖြတ်ရန် ကျွန်ုပ်၏တောင်းဆိုချက်နှင့်အညီ Vermont ကျန်းမာရေးဌာန၊ ဆေးကုသစောင့်ရှောက်မှုရေးရာ သုံးသပ်ရေးဘုတ်အဖွဲ့ထံ အလားတူထုတ်ဖော်ပြောခြင်းမှ သင့်အား တာဝန်မရှိစေပါ။

ဤခွင့်ပြုချက်အား ၎င်းအပေါ်အားထားကာ သင်အရေးယူဆောင်ရွက်ပြီးဖြစ်သည့် အတိုင်းအတာအထိမှလွဲ၍ အချိန်မရွေး ပြန်လည်ရုပ်သိမ်းနိုင်ပါသည်။ ယခင်က ပြန်လည်ရုပ်သိမ်းထားခြင်းမရှိလျှင် ဤခွင့်ပြုချက်သည် ဤအချက်အလက်နှင့်ဆက်စပ်၍ ဆေးကုသစောင့်ရှောက်မှုရေးရာ သုံးသပ်ရေးဘုတ်အဖွဲ့က ဆောင်ရွက်ခဲ့သည့် မည်သည့်အရေးယူမှုမဆို၏ တရားရေးဆိုင်ရာ အဆုံးအဖြတ်တစ်ခု အပါအဝင် အတည်ပြုအရေးယူဆောင်ရွက်မှုကို လုပ်ဆောင်ချိန်တွင် ရပ်စဲပါမည် သို့မဟုတ် ထိုသို့သောအရေးယူမှုကို မဆောင်ရွက်ပါက ဤနေရာ၌ဖော်ပြထားသော ရက်စွဲမှ 365 ရက်အကြာတွင် ရပ်စဲပါမည်။

ဤခွင့်ပြုချက် သက်တမ်းမကုန်ဆုံးမချင်း သို့မဟုတ် ၎င်းကိုပြန်လည်မရုပ်သိမ်းမချင်း အချက်အလက်များကို နှုတ်ဖြင့်သော်လည်းကောင်း၊ စာဖြင့်သော်လည်းကောင်း Vermont ကျန်းမာရေးဌာန၊ ဆေးကုသစောင့်ရှောက်မှုရေးရာ သုံးသပ်ရေးဘုတ်အဖွဲ့ သို့မဟုတ် ၎င်း၏ သတ်မှတ်ထားသော ကိုယ်စားလှယ်နှင့် အထွေထွေရှေ့နေရုံးထံ ဆက်လက်၍ တိုက်ရိုက်အစီရင်ခံရန်လည်း **သင့်အား ခွင့်ပြုသည်**။

ဤခွင့်ပြုချက်၏ ကိုက်ညီမှုရှိသော ဓာတ်ပုံမိတ္တူသည် ယင်းနေရာတွင် အကျုံးဝင်ရမည်။

ရက်စွဲ______________________________ အမည် ____

တစ်လုံးချင်း

____

လက်မှတ်

____

လိပ်စာ

____

မြို့ ပြည်နယ်၊ စာပို့ကုဒ်