

المجلس الصحي للممارسات الطبية التابع لإدارة فيرمونت
Cherry Street – PO Box 70 Burlington, VT 05402-0070 108
الهاتف: 4220-657-802 / الفاكس: 4227-657-802
الرقم المجاني داخل فيرمونت 7371-745-800
البريد الإلكتروني: AHS.VDHMedicalBoard@vermont.gov

الإذن بالإفراج عن السجلات الطبية للمريض المتوفى من قبل الشخص الذي لديه سلطة المشاركة في الرعاية الصحية
القرارات عندما كان المريض على قيد الحياة

لمن يهمه الأمر:

أشهد بموجب هذا أنني أحد أفراد العائلة، أو قريب آخر، أو صديق شخصي مُقرب _____ للمتوفى
الآن، وأنه مُصرح لي بالمشاركة في رعايته الصحية و/أو الدفع المتعلق بالرعاية الصحية، على النحو المنصوص عليه في C.F.R. § 45
164.510 (b) وكما هو مثبت في _____ (على سبيل المثال، وثيقة التوكيل، التوجيه المسبق، الوصاية)، والتي يتم
إرفاق نسخة منها. وأشهد أيضاً أنني على قناعة أنني محول بتقديم هذا الإذن.

أفوضك بموجب هذا بتزويد الإدارة الصحة في فيرمونت، ومجلس الممارسات الطبية، و/أو ممثلها المعين، ومكتب المدعي العام، بجميع
السجلات الطبية وجميع المعلومات، دون تحفظ، والتي تقع في حوزتك أو سيطرتك والمتعلقة بـ (تاريخ الميلاد
DOB) ، وتاريخ الوفاة) ، سواء كان شفهيًا أو مكتوبًا
(بما في ذلك السجلات المقدمة لك من قبل ممارسي الرعاية الصحية الآخرين أو مؤسسات الرعاية الصحية) فيما له صلة بأي حالة أو إصابة أو مرض
جسدي أو نفسي أو عقلي أو عاطفي قد تمت استشارتك بشأنه أو التي قد تكون قدمت لها الخدمات.

فيما يرتبط فقط بهذا التفويض المتعلق بالكشف للإدارة الصحة في فيرمونت، ومجلس الممارسات الطبية، ومكتب المدعي العام، وليس لأي
غرض آخر، نيابة عن _____ ، أتنازل بموجب هذا صراحةً عن السرية و/أو أي امتيازات أو الضمانات الممنوحة
لهذه المعلومات بموجب القانون الفيدرالي لولاية فيرمونت، بما في ذلك المواد التي يغطيها CFR 42، الجزء 2، وأحميك من الكشف عنها إلى الإدارة
الصحية في فيرمونت، مجلس ممارسات الطبية، بناء على طربي، لتقييم جوانب معينة من الرعاية الصحية المقدمة

هذا التفويض عرضة للإلغاء في أي وقت باستثناء الحد الذي اتخذت فيه بالفعل إجراءً بالاعتماد عليه. إذا لم يتم إلغاؤه مسبقًا، فسوف ينتهي هذا
التفويض عند الإجراء النهائي، بما في ذلك الحكم القضائي، لأي إجراء يتخذه مجلس الممارسات الطبية فيما يتعلق بهذه المعلومات، أو، إذا لم يتم اتخاذ
مثل هذا الإجراء، فسوف ينتهي بعد 365 يومًا من تاريخ تاريخه.

يُسمح لك أيضًا بالإبلاغ عن المعلومات، سواء شفهيًا أو كتابيًا، مباشرة إلى الإدارة الصحة في فيرمونت، أو مجلس الممارسات الطبية، أو
ممثلها المعين، وإلى مكتب المدعي العام، على أساس مستمر حتى انتهاء هذا التفويض أو تم إبطاله.

يجب أن يتم استخدام نسخة ضوئية مطابقة من هذا التفويض بدلاً منه.

التاريخ _____ الاسم _____
الاسم بحروف واضحة

التوقيع _____

العنوان _____

المدينة، والولاية، والرمز البريدي _____