

VERMONT DEPARTMENT OF HEALTH BOARD OF MEDICAL PRACTICE

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

Téléphone : 802-6574220 / Télécopieur : 802-657-4227

Sans frais au Vermont : 800-745-7371

Courriel : AHS.VDHMedicalBoard@vermont.gov

**AUTORISATION DE COMMUNICATION DES INFORMATIONS MÉDICALES
PAR LE REPRÉSENTANT SUCCESSORAL (PATIENT DÉCÉDÉ)**

À QUI DE DROIT :

JE VOUS AUTORISE par le présent document à fournir au Vermont Department of Health, Board of Medical Practice, et/ou à son représentant désigné, ainsi qu'au Bureau du procureur général, sans aucune réserve, tous les dossiers médicaux et toutes les informations en votre possession ou sous votre contrôle concernant _____ (date de naissance _____, date de décès _____), soit verbalement soit par écrit (y compris les dossiers que vous ont fourni d'autres professionnels de santé ou établissements de santé) concernant tout état physique, psychiatrique, mental ou émotionnel, toute maladie ou blessure pour lesquels vous avez éventuellement été consulté ou pour lesquels vous avez pu fournir des services. Je déclare par le présent être le représentant successoral de _____, et par conséquent, être autorisé à entreprendre une telle action.

Aux fins de la présente autorisation de communication au Vermont Department of Health, Board of Medical Practice, ainsi qu'au Bureau du procureur général, et à ces seules fins, au nom de _____, je **RENONCE** à la confidentialité et/ou tout privilège ou immunité accordés à ces informations par la loi de l'État ou la loi fédérale, y compris les documents couverts par le CFR 42, Part 2, et je vous dégage de toute responsabilité quant à leur divulgation au Vermont Department of Health, Board of Medical Practice, conformément à ma demande, afin d'évaluer certains aspects des soins de santé fournis à _____.

LA PRÉSENTE AUTORISATION est sous réserve de révocation à tout moment, sauf dans la mesure où vous avez déjà entrepris des actions conformément à celle-ci. Si elle n'a pas déjà été révoquée, la présente autorisation prendra fin à la suite d'une décision finale, y compris une décision judiciaire, de toute mesure prise par le Board of Medical Practice en rapport avec ces informations ou, si aucune mesure n'est prise, elle prendra fin 365 jours après la date de la présente autorisation.

VOUS ÊTES ÉGALEMENT AUTORISÉ à rapporter des informations, soit verbalement soit par écrit, directement au Vermont Department of Health, Board of Medical Practice, ou à son représentant désigné, ainsi qu'au Bureau du procureur général, de manière continue jusqu'à l'expiration ou à la révocation de la présente autorisation.

UNE PHOTOCOPIE CERTIFIÉE CONFORME DE LA PRÉSENTE AUTORISATION EN TIENT LIEU.

Date _____

Nom _____

En lettres moulées

Signature

Adresse

Ville, état, Code ZIP