

**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 DE DOSSIERS
MÉDICAUX PAR LE DÉTENTEUR D'UNE PROCURATION**

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, tous les dossiers médicaux et toutes les informations, sans aucune réserve, en votre possession ou sous votre contrôle, conformément au _____ (date de naissance _____), que ce soit verbalement ou par écrit (y compris les dossiers qui vous ont été fournis par d'autres professionnels de la santé ou établissements de santé), se rapportant à tout état physique, psychiatrique, mental ou émotionnel, à toute blessure ou maladie pour lesquels vous avez pu être consulté ou pour lesquels vous avez pu fournir des services. Je déclare par le présent document avoir reçu la procuration qui m'autorise à agir en qualité de procureur de fait pour _____, et que la procuration n'a pas été révoquée et n'est pas limitée. Ci-joint une copie de la procuration.

Aux fins de la présente autorisation de communication spécifique au Vermont Department of Health, Board of Medical Practice, ainsi qu'au Bureau du procureur général, et à ces seules fins, je RENONCE expressément, au nom de _____, à la confidentialité et/ou à tout privilège ou immunité accordés à ces informations prévus par la loi fédérale ou de l'État, y compris les matières couvertes par le 42 CFR, 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 de permettre l'évaluation de certains aspects des services médicaux 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 celle de la décision judiciaire, de toute procédure intentée par le Board of Medical Practice en rapport avec les informations communiquées, ou au bout de 365 jours à compter de la date d'émission lorsqu'aucune procédure n'est intentée.

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 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