

SỞ Y TẾ VERMONT HỘI ĐỒNG THỰC HÀNH Y KHOA
108 Cherry Street – PO Box 70 Burlington, VT 05402-0070
Số điện thoại: 802-657-4220 / Fax: 802-657-4227
Số Điện Thoại Miễn Phí trong Khu Vực Vermont 800-745-7371
Email: AHS.VDHMedicalBoard@vermont.gov

ỦY QUYỀN TIẾT LỘ HỒ SƠ Y TẾ CỦA BỆNH NHÂN ĐÃ QUA ĐỜI BỞI NGƯỜI CÓ
QUYỀN THAM GIA VÀO QUYẾT ĐỊNH CHĂM SÓC SỨC KHỎE
KHI BỆNH NHÂN CÒN SỐNG

KÍNH GỬI:

THEO ĐÂY TÔI XÁC NHẬN rằng tôi là thành viên gia đình, họ hàng hoặc bạn thân của _____ người hiện đã qua đời, và tôi đã được ủy quyền tham gia vào quá trình chăm sóc sức khỏe và/hoặc việc thanh toán liên quan đến quá trình chăm sóc sức khỏe của người này, theo quy định tại 45 C.F.R. § 164.510(b) và được làm chứng bởi _____ (ví dụ: tài liệu giấy ủy quyền, chỉ thị trước, quyền giám hộ), có bản sao đính kèm. Tôi xác nhận thêm rằng tôi tin bản thân được phép đưa ra giấy ủy quyền này.

THEO ĐÂY TÔI ỦY QUYỀN cho quý vị thông tin đến Sở Y Tế Vermont, Hội Đồng Thực Hành Y Khoa và/hoặc người đại diện được chỉ định của họ, đồng thời thông tin đến Văn Phòng Tổng Chương Lý, tất cả hồ sơ y tế và tất cả thông tin mà quý vị sở hữu hoặc kiểm soát liên quan đến _____ (ngày sinh _____, ngày mất _____), dù là tài liệu bằng lời nói hay văn bản (bao gồm hồ sơ quý vị nhận được từ người hành nghề y tế hoặc cơ sở chăm sóc sức khỏe) có liên quan đến tình trạng hoặc chấn thương hoặc bệnh về thể chất, tâm lý, tâm thần hay cảm xúc mà quý vị đã được tư vấn hoặc đã cung cấp dịch vụ.

Chỉ trong giấy ủy quyền tiết lộ này, gửi đến Sở Y Tế Vermont, Hội Đồng Thực Hành Y Khoa và Văn Phòng Tổng Chương Lý, và không vì mục đích nào khác, thay mặt _____, theo đây tôi TỪ BỎ tính bảo mật và/hoặc bất kỳ đặc quyền hay miễn trừ nào theo quy định của luật Liên Bang đối với thông tin này, quy định bao gồm các tài liệu thuộc nội dung của 42 CFR, Phần 2, và quý vị sẽ không chịu tổn hại gì khi tiết lộ thông tin tương tự cho Sở Y Tế Vermont, Hội Đồng Thực Hành Y Khoa, theo yêu cầu của tôi, để đánh giá một số khía cạnh trong quá trình chăm sóc sức khỏe của _____.

GIẤY ỦY QUYỀN NÀY có thể được thu hồi bất cứ lúc nào trừ khi quý vị đã hành động dựa trên sự ủy quyền đó. Nếu chưa bị thu hồi thì giấy ủy quyền này sẽ hết hạn sau khi Hội Đồng Thực Hành Y Khoa thực hiện hành động cuối cùng, bao gồm quyết định tư pháp, liên quan đến thông tin này, hoặc, nếu không có hành động nào như vậy thì giấy ủy quyền sẽ hết hạn sau 365 ngày kể từ ngày ký giấy này.

QUÝ VỊ CŨNG ĐƯỢC ỦY QUYỀN báo cáo thông tin, dù bằng lời nói hay văn bản, trực tiếp và liên tục cho Sở Y Tế Vermont, Hội Đồng Thực Hành Y Khoa, hoặc người đại diện được chỉ định của họ, và cho Văn Phòng Tổng Chương Lý, cho đến khi giấy ủy quyền này hết hạn hoặc bị thu hồi.

CÓ THỂ SỬ DỤNG BẢN SAO Y NGUYÊN ĐỂ THAY THẾ GIẤY ỦY QUYỀN NÀY.

Ngày _____

Tên _____

Viết In Hoa

Chữ Ký

Địa Chỉ

Thành Phố, Tiểu Bang, Mã Bưu Chính