



## 披露授權書受保護健康資訊

如果你需要醫療護理，你的傳道部會長會授權醫生和醫院為你提供護理。未經你的許可，醫療服務提供者不會與任何人分享有關你健康的資訊，即所謂的「受保護健康資訊」（PHI）。填妥此表格後，即代表你授權你的傳道部會長和/或教會醫生知悉你的健康狀況。

### 信息将被发布的个人姓名

傳教士姓名	DMBA ID (如果有)	出生日期
-------	---------------	------

本人授權 \_\_\_\_\_（醫療服務提供者或機構 \_\_\_\_\_）  
傳道部的領導人，包括其傳道部會長和醫療顧問，披露本人的受保護健康資訊。

地址
城市、州和郵遞區號
電話號碼

**將披露的資料：**我的醫療紀錄，包括以下資訊：有關身心健康（不包括心理治療備註）的資訊、所有保險、索賠、付款及福利資訊、所有症狀、診斷、治療、預後、實驗室結果、與我過去、現在或未來健康有關的藥物。

**披露資料的目的：**為了全面評估本人的健康和體能以擔任傳教士，並在本人擔任耶穌基督後期聖徒教會傳教士期間管理本人的醫療護理狀況。

**有效期限：**此項授權自簽立日起生效，直至本人傳教結束後起計一年為止，除非在該日期前以書面撤銷。

**簽署：**茲證明以上資料均屬實且完整。本人有權取得此份授權書之副本。本人可以致函德撒律互利經理人（DMBA）撤銷此項授權，收信人：Missionary Medical Department, P.O. Box 45730, Salt Lake City, UT 84145, USA.此項撤銷僅適用於未來的行動，對收到書面撤銷要求前的任何行動沒有效力。任何根據此授權書使用或披露的資料，都有可能被再次披露，因此可能會不再受到隱私權法規的保護。

治療、付款、加入，或接受適用醫療護理的資格，除了因適用法律允許的情況外，並不以提供此項授權為條件。然而，本人了解並同意，拒絕簽署或撤銷此項授權可能導致本人無法擔任或繼續擔任耶穌基督後期聖徒教會的傳教士。

傳教士簽署: \_\_\_\_\_ 日期: \_\_\_\_\_