

Autorisation de communiquer des renseignements personnels de santé

Si vous avez besoin de soins médicaux, c'est votre président de mission qui donnera son accord pour l'accès aux médecins ou aux hôpitaux. Le corps médical ne communiquera pas de renseignements personnels sur votre santé à quiconque sans votre permission. Ces renseignements sont protégés. En remplissant ce formulaire, vous donnez votre accord pour que votre président de mission et/ou les médecins de l'Église soient informés de votre état de santé.

Nom du missionnaire : _____

Date de naissance : _____

J'autorise _____ à communiquer mes renseignements personnels de santé à l'organisation suivante :

Mission : _____

Président de mission et/ou consultant médical :

Adresse :

Ville, Province et Code postal :

Numéro(s) de téléphone :

Renseignements à communiquer : Mon dossier médical, y compris les renseignements concernant ma santé physique et mentale (à l'exception des notes psychothérapeutiques) ; ceux relatifs aux assurances santé; tous les symptômes, diagnostics, traitements, pronostics, résultats d'analyses et prises de médicaments liés à ma santé passée, présente ou à venir

Objectifs de la communication des renseignements : Pour l'évaluation globale de ma santé et de mon aptitude à servir en tant que missionnaire, et pour la gestion et l'administration de mes soins durant ma mission pour l'Église de Jésus-Christ des Saints des Derniers jours.

Cette autorisation est valable de sa date d'exécution jusqu'à un an après la fin de ma mission sauf si elle est révoquée, par écrit, avant ce terme.

Signature : Je déclare que les renseignements ci-dessus sont exacts et complets. J'ai le droit de recevoir un exemplaire de cette autorisation. Je peux révoquer cette autorisation en écrivant à :Deseret Mutual Benefit Administrators, Attention: Missionary Medical Department, P.O. Box 45730, Salt Lake City, UT 84145, USA. La révocation ne sera valable que pour les actions postérieures à la réception de celle-ci. Tout renseignement utilisé ou communiqué en vertu de cette autorisation peut faire l'objet d'une nouvelle divulgation et ne jouirait donc plus de la protection offerte par le règlement de confidentialité.

La remise de cette autorisation **ne conditionne pas** l'obtention des paiements et des souscriptions, ni l'éligibilité pour les soins médicaux applicables, sauf si la loi permet. Par conséquent, je comprends et j'accepte que mon refus de signer ou la révocation de cette autorisation peuvent m'empêcher de servir ou de continuer à servir comme missionnaire pour l'Église de Jésus-Christ des Saints des Derniers Jours.

Signature du missionnaire : _____

Date _____