



## SURAT KUASA PENGUNGKAPAN INFORMASI KESEHATAN YANG DILINDUNGI

Jika Anda memerlukan atensi medis, presiden misi Anda memberi kuasa kepada dokter dan rumah sakit untuk memberikan perawatan kesehatan. Penyedia Medis tidak akan membagikan informasi terkait Kesehatan Anda, dikenal sebagai "informasi kesehatan yang dilindungi (PHI)", kepada siapa pun tanpa izin Anda. Dengan mengisi formulir ini, Anda memberi kuasa kepada presiden Misi dan/atau dokter Gereja untuk memberitahukan perawatan kesehatan Anda.

### Nama Orang Yang Informasinya Akan Diberikan

|                 |                         |               |
|-----------------|-------------------------|---------------|
| NAMA MISIONARIS | DMBA ID (JIKA TERSEDIA) | TANGGAL LAHIR |
|-----------------|-------------------------|---------------|

Saya memberi kuasa kepada \_\_\_\_\_ (penyedia atau fasilitas medis) untuk mengungkapkan informasi kesehatan saya yang dilindungi kepada kepemimpinan \_\_\_\_\_ Misi, termasuk Presiden Misinya dan Penasihat Medisnya.

|   |
|---|
| ALAMAT                                  |
| KOTA, NEGARA BAGIAN, DAN ZIP (KODE POS) |
| NOMOR TELEPON                           |

**Informasi yang akan Diungkapkan:** Rekam medis saya, termasuk informasi terkait kesehatan fisik dan mental (di luar catatan psikoterapi), semua asuransi, klaim, pembayaran, dan informasi santunan, semua gejala, diagnosis, perawatan, prognosis, hasil lab, obat-obatan terkait dengan kesehatan saya di masa lalu, sekarang, atau masa depan.

**Tujuan Pengungkapan Informasi:** Sebagai evaluasi keseluruhan kesehatan dan kebugaran dan untuk pengelolaan serta administrasi perawatan kesehatan saya saat melayani sebagai misionaris Gereja Yesus Kristus dari Orang-Orang Suci Zaman Akhir.

**Tanggal Kedaluwarsa:** Surat kewenangan ini berlaku sejak tanggal disahkannya sampai satu tahun setelah saya dibebaskan dari misi, kecuali dicabut secara tertulis sebelum waktu tersebut.

**Tanda Tangan:** Saya menyatakan bahwa informasi di atas adalah benar dan lengkap. Saya berhak menerima salinan surat kuasa ini. Saya dapat mencabut surat kuasa ini dengan menulis surat kepada Administrator Mutual Benefit Deseret, Atensi: Missionary Medical Department, P.O. Box 45730, Salt Lake City, UT 84145, USA. Pencabutan hanya berlaku untuk tindakan di masa mendatang dan tidak akan berlaku untuk tindakan apa pun sebelum menerima pencabutan saya. Informasi apa pun yang digunakan atau diungkapkan sesuai dengan otorisasi ini dapat diungkapkan kembali dan oleh karena itu, tidak lagi dilindungi oleh peraturan privasi.

Perawatan, pembayaran, pendaftaran, atau kelayakan untuk perawatan medis yang berlaku tidak akan dikondisikan setelah saya memberikan surat kewenangan ini kecuali jika diizinkan oleh hukum yang berlaku. Namun, saya memahami dan setuju bahwa penolakan saya untuk menandatangani atau pencabutan saya atas surat kewenangan ini dapat memengaruhi kelayakan saya untuk melayani atau terus melayani sebagai misionaris untuk Gereja Yesus Kristus dari Orang-Orang Suci Zaman Akhir.

Tanda tangan misionaris: \_\_\_\_\_ Tanggal: \_\_\_\_\_