



AUTORIZZAZIONE A DIVULGARE INFORMAZIONI SANITARIE PROTETTE

In caso abbia bisogno di cure mediche, il suo presidente di missione autorizza i medici e gli ospedali a fornirle le cure. I fornitori di servizi medici non condivideranno le informazioni riguardanti la sua salute, note come "informazioni sanitarie protette" (PHI), con nessuno senza il suo permesso. Compilando questo modulo, lei autorizza il presidente della sua missione e/o i medici della Chiesa ad essere informati circa le sue cure.

Nome della persona di cui verranno divulgate le informazioni

NOME DEL MISSIONARIO	DMBA ID (SE DISPONIBILE)	DATA DI NASCITA
----------------------	--------------------------	-----------------

Autorizzo _____ (fornitore o struttura medica) a divulgare le mie informazioni sanitarie protette alla direzione della Missione _____ compresi il Presidente della Missione e il Consigliere Medico.

INDIRIZZO
CITTÀ, STATO, E CAP
RECAPITO(I) TELEFONICO(I)

Informazioni da divulgare: Le mie cartelle cliniche, comprese le informazioni riguardanti la salute fisica e mentale (esclusi gli appunti di psicoterapia), tutte le informazioni sull'assicurazione, i reclami, i pagamenti e i benefit, tutti i sintomi, le diagnosi, i trattamenti, la prognosi, i risultati di laboratorio, i farmaci relativi alla mia salute passata, presente o futura.

Scopo della divulgazione delle informazioni: Per la valutazione complessiva della mia salute e idoneità a servire come missionario, e per la gestione e l'amministrazione della mia assistenza sanitaria durante il servizio come missionario per la Chiesa di Gesù Cristo dei Santi degli Ultimi Giorni.

Data di scadenza: La presente autorizzazione è valida dalla data di esecuzione fino a un anno dopo il termine della mia missione, a meno che non venga revocata per iscritto prima di tale data.

Firma: Confermo che le informazioni di cui sopra sono vere e complete. È mio diritto ricevere una copia di questa autorizzazione. Posso revocare questa autorizzazione scrivendo al Deseret Mutual Benefit Administrators, all'attenzione: Missionary Medical Department, casella postale 45730, Salt Lake City, UT 84145, USA. La revoca sarà valida solo per gli atti futuri e non sarà valida per qualsiasi azione precedente la ricezione della mia revoca. Qualsiasi informazione usata o divulgata in base a questa autorizzazione può essere soggetta a riddiscussione e può, quindi, non essere più protetta dalle norme sulla privacy.

Il trattamento, il pagamento, l'iscrizione o l'idoneità alle cure mediche applicabili non saranno subordinate a tale autorizzazione, a meno che la legge applicabile non preveda una diversa autorizzazione. Tuttavia, sono consapevole e accetto che la mancata firma o la revoca della presente autorizzazione possa influire sulla mia idoneità a servire o continuare a servire come missionario per la Chiesa di Gesù Cristo dei Santi degli Ultimi Giorni.

Firma del missionario: _____ Data: _____