MISSIONARY
MEDICAL

AUTORIZAÇÃO PARA DIVULGAR INFORMAÇÕES MÉDICAS CONFIDENCIAIS

Se você precisar de cuidados médicos, seu presidente de missão autoriza médicos e hospitais a lhe fornecer assistência. Os provedores de assistência médica não compartilharão informações sobre sua saúde, conhecidas como "Informações Médicas Confidenciais" (IMC), com qualquer pessoa sem a sua permissão. Ao completar este formulário, você autoriza seu presidente de missão e/ou os médicos da Igreja a serem informados sobre seus cuidados médicos.

Nome do indivíduo cuja informação será divulgada

NOME DO MISSIONÁRIO	DMBA ID (SE DISPONÍVEL)	DATA DE NASCIMENTO

Autorizo _____ (provedor de assistência médica ou estabelecimento) a divulgar minhas informações médicas confidenciais à liderança da Missão _____ incluindo seu presidente de missão e consultor médico.

ENDEREÇO
CIDADE, ESTADO E CEP
NÚMERO(S) DE TELEFONE

Informações a serem liberadas: Meus registros médicos, inclusive informações sobre saúde física e mental (com exceção de observações de psicoterapia), todas as informações sobre seguro, diagnósticos, tratamentos, prognósticos, resultados de exames laboratoriais, medicamentos relacionados à minha saúde passada, presente ou futura.

Propósito da liberação de informações: Para avaliação geral de minha saúde e minha condição física para servir como missionário e para o gerenciamento e a administração dos cuidados da minha saúde enquanto servir como missionário de A Igreja de Jesus Cristo dos Santos dos Últimos Dias.

Prazo: Esta autorização é válida a partir da data de execução até um ano após eu ter sido liberado de minha missão, a não ser que seja revogado, por escrito, antes disso.

Assinatura: Certifico que as informações acima são verdadeiras e completas. Tenho o direito de receber uma cópia desta autorização. Poderei revogar esta autorização solicitando, por escrito, a Deseret Mutual Benefit Administrators. Atenção: Missionary Medical Department, P.O. Box 45730, Salt Lake City, UT 84145, EUA. A revogação será válida apenas para ações futuras e não será válida para qualquer ação antes de seu recebimento. Qualquer informação usada ou divulgada de acordo com esta autorização pode estar sujeita a uma nova divulgação e, portanto, pode não estar mais protegida pelas normas de privacidade.

Tratamentos, pagamentos, inscrições ou elegibilidade para assistência médica aplicável não serão condicionados ao provimento desta autorização exceto quando, de outra maneira, for permitido por legislação pertinente. Contudo, entendo e concordo que minha recusa em assinar ou minha revogação desta autorização pode afetar minha elegibilidade para servir ou continuar servindo como missionário de A Igreja de Jesus Cristo dos Santos dos Últimos Dias.

Assinatura do missionário: _____ Data: _____