



**MISSIONARY
MEDICAL**
Serving those who serve

AUTORIZAÇÃO PARA INFORMAR A TERCEIROS DADOS PROTEGIDOS SOBRE MINHA SAÚDE

Se voce necessitar de cuidados médicos o seu Presidente de Missão tem autorização para contatar doutores e hospitais para tratá-lo. A comunidade médica não dará informação sobre a sua saúde, conhecidos como “Informação Protegidas da Saúde”, sem a sua permissão. Preenchendo esse formulário, voce autoriza o seu Presidente de Missão e/ou os médicos da Igreja estarem informados e ajudarem no seu tratamento.

Nome do missionário: _____ Data Nascimento: _____

Eu autorizo _____ a informar sobre a minha saúde para a seguinte organização:

Missão: _____

Presidente de Missão ou Médico: _____

Endereço: _____

Cidade, Estado, CEP: _____

Telefone(s): _____

- Essa autorização permite que toda a informação sobre a minha saúde, inclusive fichas médicas, relatórios, exames, contas e prescrições, seja conhecida.
- Essa autorização tem o propósito de fazer conhecidas informações a meu pedido.
- Eu entendo que tenho o direito de anular essa autorização. Qualquer anulação tem que ser feita por escrito e apresentada a missão acima descrita. Essa anulação nao se aplica a qualquer informação que já tenha sido declarada.
- Eu entendo que assinando essa autorização não significa uma condição automática de receber tratamento, pagamento, ou elegibilidade.
- Eu entendo que qualquer informação dada por essa autorização pode estar sujeita a ser redistribuída pela missão acima e poderá não estar protegida pela Lei Federal.
- A não ser que seja anulada, essa autorização expira seis meses depois de eu estar desobrigado da missão acima.
- Uma copia dessa autorização tera o mesmo efeito da original.

Assinatura: _____ Data: _____