



РАЗРЕШЕНИЕ НА РАСКРЫТИЕ ЗАЩИЩЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ИНФОРМАЦИИ

Если вам потребуется медицинская помощь, президент вашей миссии разрешает врачам и больницам предоставить вам медицинское обслуживание. Поставщики медицинских услуг не будут разглашать информацию о вашем здоровье (известную как «защищенная медицинская информация», ЗМИ) другим лицам без вашего разрешения. Заполнив данную форму, вы даете разрешение президенту вашей миссии и (или) врачам Церкви получить сведения о вашем медицинском обслуживании.

Имя лица, чья информация будет опубликована

ИМЯ, ФАМИЛИЯ МИССИОНЕРА	ИДЕНТИФИКАТОР DMBA (ЕСЛИ ДОСТУПНО)	ДАТА РОЖДЕНИЯ
-------------------------	------------------------------------	---------------

Я даю разрешение _____ (поставщику медицинских услуг или медицинскому учреждению) на раскрытие моей защищенной медицинской информации руководству _____ Миссии, включая президента миссии и врача-консультанта.

АДРЕС
ГОРОД, ШТАТ, ИНДЕКС
НОМЕРА ТЕЛЕФОНА

Информация, подлежащая раскрытию: моя медицинская документация, включая информацию о физическом и психическом здоровье (исключая данные о психотерапии), все сведения о страховке, страховых требованиях, данные об оплате и льготах, обо всех симптомах, диагнозах, методах лечения, прогнозах, результатах лабораторных анализов, лекарственных препаратах, связанных с состоянием моего здоровья в прошлом, настоящем и будущем.

Цель раскрытия информации: для общей оценки состояния моего здоровья и моей способности служить в качестве миссионера, а также для управления и координации моего медицинского обслуживания во время моего служения в качестве миссионера Церкви Иисуса Христа Святых последних дней.

Дата истечения срока действия: данное разрешение будет действовать, начиная с даты его подписания и в течение одного года после моего выхода из миссии, если я не отзываю его в письменной форме ранее.

Подпись: настоящим я подтверждаю, что указанная выше информация является достоверной и полной. Я имею право получить копию данного разрешения. Я могу отозвать его, написав по адресу: Deseret Mutual Benefit Administrators, Attention: Missionary Medical Department, P.O. Box 45730, Salt Lake City, UT 84145, USA. Отзыв будет действовать только для будущих действий, он не будет распространяться на любые действия, осуществленные до его получения. Любая информация, использованная или раскрытая согласно этому разрешению, может подлежать повторному раскрытию, и поэтому законодательство о конфиденциальности может больше не распространяться на нее.

Лечение, оплата, регистрация и право на получение необходимого медицинского обслуживания не будут зависеть от предоставления мной данного разрешения, если иное не предусмотрено применимым законодательством. Однако я понимаю и соглашаюсь, что мой отказ подписать данное разрешение или его отзыв могут повлиять на мое право служить или продолжать мое служение в качестве миссионера Церкви Иисуса Христа Святых последних дней.

Подпись миссионера: _____ Дата: _____