MISSIONARY
M E D I C A L

受保护健康信息的使用和披露授权书

信息将被发布的个人姓名

姓名	DMBA ID（如果有）	出生日期

谁可以发布信息： 耶稣基督后期圣徒教会及其附属实体，包括 Deseret 互惠管理机构（DMBA）、DMBA 的业务伙伴，以及在本授权书之前或之后为我治疗过的所有医疗保健提供者和/或机构(包括精神健康专业人员)。

谁可以接收信息：

1. DMBA，包括其传教士医疗部及其业务伙伴（如 Aetna、United Healthcare 及其附属合作伙伴 / 提供者 / 医生 / 医疗机构）
2. 耶稣基督后期圣徒教会传教部和风险管理部的代表和雇员
3. 耶稣基督后期圣徒教会教会总部
4. 我的传道会长和他的配偶。这包括历史遗址会长、寺庙会长、访客中心会长及其配偶
5. 在传道部卫生理事会（Mission Health Council）任职的个人
6. 我的住所单元神职领导（如主教和股长）和可以协助我作为地方神职领导的职员（如护理人和股长文书）
7. 传教士培训中心人员
8. BYU 学生健康中心人员
9. 我的父母/监护人如下所示（如果未选中方框，则假定选"是"）：

☐是 ☐否

姓名	关系	出生日期

☐是 ☐否

姓名	关系	出生日期

10. 我自行指定的其他人员如下：

姓名	关系	出生日期
姓名	关系	出生日期

要发布的信息：我的受保护健康信息（PHI）。PHI 是关于个人过去、现在或未来身体或精神健康的个人识别信息，由医疗保健提供者或健康计划保存或转达。PHI 包括但不限于病历、症状诊断、治疗、预后、实验室化验结果、药物治疗以及保险索赔和付款信息。

发布信息的目的：为了全面评估我的健康状况及是否适合做一名传教士，也为了我在耶稣基督后期圣徒教会做传教士期间管理我的医疗保健信息。

到期日期：本授权书自执行之日起生效，直到我不做传教士后一年，除非在此之前以书面形式撤销。我可以通过写信给 DMBA 撤销此授权书，收件信息：传教会医疗部美国犹他州盐湖城 邮箱 45730 室，邮编 84145。撤销仅在 DMBA 收到信件后生效，且撤销不适用于 DMBA 收到书面撤销之前 PHI 的使用和/或披露情况。

签名：兹证明，以上信息是真实和完整的。我有权收到这份授权书的副本。因为基于本授权书使用或披露的任何信息可能会重新发布，因此不再受隐私条例的保护。治疗、支付、登记或适用医疗护理的资格不受我提供此授权书的限制，除非适用法律另有许可。然而，我理解并同意，我拒绝签署或撤销此授权书可能会影响我为耶稣基督后期圣徒教会服务或继续作为传教士的资格。

传教士签名:_____ 日期:_____

MISSIONARY
M E D I C A L

心理治疗笔记的使用和披露授权书

信息将被发布的个人姓名

姓名	DMBA ID（如果有）	出生日期

谁可以发布信息： 耶稣基督后期圣徒教会及其附属实体，包括 Deseret 互惠管理机构（DMBA）、DMBA 的业务伙伴，以及在本授权书之前或之后为我治疗过的所有医疗保健提供者和/或机构(包括精神健康专业人员)。

谁可以接收信息：

1. DMBA，包括其传教士医疗部及其业务伙伴（如 Aetna、United Healthcare 及其附属合作伙伴 / 提供者 / 医生 / 医疗机构）
2. 耶稣基督后期圣徒教会传教部和风险管理部的代表和雇员
3. 耶稣基督后期圣徒教会教会总部
4. 我的传道会长和他的配偶。这包括历史遗址会长、寺庙会长、访客中心会长及其配偶
5. 在传道部卫生理事会（Mission Health Council）任职的个人
6. 我的住所单元神职领导（如主教和股长）和可以协助我作为地方神职领导的职员（如护理人和股长文书）
7. 传教士培训中心人员
8. BYU 学生健康中心人员
9. 我的父母/监护人如下所示（如果未选中方框，则假定选"是"）：

	姓名	关系	出生日期
☐是 ☐否			
☐是 ☐否			

10. 我自行指定的其他人员如下：

姓名	关系	出生日期

要发布的信息：我的精神疗法笔记，包括由心理健康专家记录在任何媒介上的笔记，这些笔记记录或分析私人、团体、接洽或家庭咨询会议的谈话，并与我的病历的其余部分分开。

发布信息的目的：为了全面评估我的健康状况及是否适合做一名传教士，也为了我在耶稣基督后期圣徒教会做传教士期间管理我的医疗保健信息。

到期日期：本授权书自执行之日起生效，直到我不做传教士后一年，除非在此之前以书面形式撤销。我可以通过写信给 DMBA 撤销此授权书，收件信息：传教会医疗部美国犹他州盐湖城 邮箱 45730 室，邮编 84145。撤销仅在 DMBA 收到信件后生效，且撤销不适用于 DMBA 收到书面撤销之前 PHI 的使用和/或披露情况。

签名：兹证明，以上信息是真实和完整的。我有权收到这份授权书的副本。因为基于本授权书使用或披露的任何信息可能会重新发布，因此不再受隐私条例的保护。治疗、支付、登记或适用医疗护理的资格不受我提供此授权书的限制，除非适用法律另有许可。然而，我理解并同意，我拒绝签署或撤销此授权书可能会影响我为耶稣基督后期圣徒教会服务或继续作为传教士的资格。

传教士签名:_____ 日期:_____