



MISSIONARY  
M E D I C A L

## Autorizzazione all'utilizzo e alla divulgazione di informazioni sanitarie personali

Nome della persona di cui verranno divulgate le informazioni:

Nome: \_\_\_\_\_ Numero identificativo DMBA o data di nascita: \_\_\_\_\_

*Chi è autorizzato a rilasciare le informazioni:* La Chiesa di Gesù Cristo dei Santi degli Ultimi Giorni e gli enti associati, tra cui la Deseret Mutual Benefits Administrators (DMBA) e soci; qualsiasi altra fonte sanitaria tra cui professionisti della salute mentale che mi hanno avuto in cura prima o dopo questa autorizzazione.

*Chi può ricevere le informazioni:*

1. La DMBA, incluso il dipartimento Missionary Medical
2. Rappresentanti e dipendenti del Dipartimento missionario e divisione Gestione del rischio della Chiesa di Gesù Cristo dei Santi degli Ultimi Giorni
3. Autorità generali della Chiesa di Gesù Cristo dei Santi degli Ultimi Giorni
4. Il mio presidente di missione e sua moglie. Ciò include presidenti di siti storici, presidenti di tempio, e direttori dei centri visitatori e i loro coniugi
5. Individui che servono nel Consiglio di salute di missione
6. I dirigenti del sacerdozio della mia unità di origine (come il vescovo e il presidente di palo) e gli archivisti che possono aiutare i miei dirigenti locali del sacerdozio (come gli archivisti di rione o di palo)
7. Il personale del centro di addestramento per i missionari
8. Il personale del BYU Student Health Center
9. I miei genitori/tutori, come riportati di seguito (se la casella non è spuntata la risposta viene considerata "Sì"):

Sì  No Nome: \_\_\_\_\_ Tipo di rapporto: \_\_\_\_\_ Data di nascita: \_\_\_\_\_

Sì  No Nome: \_\_\_\_\_ Tipo di rapporto: \_\_\_\_\_ Data di nascita: \_\_\_\_\_

10. Altre persone da me indicate:

Nome: \_\_\_\_\_ Tipo di rapporto: \_\_\_\_\_ Data di nascita: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_ Tipo di rapporto: \_\_\_\_\_ Data di nascita: \_\_\_\_\_

*Informazioni da rilasciare:* Le mie informazioni sanitarie protette (ISP). ISP è un'informazione identificabile individualmente sulla salute fisica o mentale di un individuo, passato, presente o futuro, che viene mantenuta o trasmessa da un operatore sanitario o da un piano sanitario. Il ISP include, ma non è limitato a, documentazione medica, diagnosi di sintomi, trattamenti, prognosi, risultati di laboratorio, farmaci e informazioni sulle richieste di risarcimento e pagamento.

*Scopo del rilascio delle informazioni:* Per una valutazione generale della mia salute e della mia capacità di servire come missionario e per la gestione e l'amministrazione della mia assistenza sanitaria mentre servo come missionario della Chiesa di Gesù Cristo dei Santi degli Ultimi Giorni.

*Data di scadenza:* Questa autorizzazione è valida dalla data di esecuzione fino a dodici mesi dopo il mio rilascio dalla missione, a meno che la revoca scritta di quel momento. Posso revocare questa autorizzazione scrivendo a DMBA, Attention: Missionary Medical Department, P.O. Box 45730, Salt Lake City, UT 84145, USA. La revoca diventa effettiva solo dopo che è stata ricevuta da DMBA e la revoca non si applica all'uso e / o alla divulgazione di ISP che si verificano prima che la DMBA abbia ricevuto la revoca scritta.

*Firma:* Certifico che le informazioni soprariportate sono esatte e complete. Ho il diritto di ricevere una copia di questa autorizzazione. Qualsiasi informazione utilizzata o divulgata ai sensi della presente autorizzazione può essere soggetta a ridiscussione e, pertanto, non può più essere protetta dalle norme sulla privacy. Il trattamento, pagamenti, iscrizioni o idoneità per l'assistenza mediche applicabili non saranno condizionate dall'aver fornito questa autorizzazione, eccetto quanto altrimenti ammesso dalle leggi vigenti. Tuttavia, comprendo e accetto che il mio rifiuto a firmare o la mia revoca di questa autorizzazione potrebbe andare a inficiare la mia idoneità a servire o a continuare a servire come missionario della Chiesa di Gesù Cristo dei Santi degli Ultimi Giorni.

Firma del missionario: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_



MISSIONARY  
M E D I C A L

# Autorizzazione all'utilizzo e alla divulgazione di annotazioni professionali prodotte durante una psicoterapia

Nome della persona di cui verranno divulgate le informazioni:

Nome: \_\_\_\_\_ Numero identificativo DMBA o data di nascita: \_\_\_\_\_

*Chi è autorizzato a rilasciare le informazioni:* La Chiesa di Gesù Cristo dei Santi degli Ultimi Giorni e gli enti associati, tra cui la Deseret Mutual Benefits Administrators (DMBA) e soci; qualsiasi altra fonte sanitaria tra cui professionisti della salute mentale che mi hanno avuto in cura prima o dopo questa autorizzazione.

*Chi può ricevere le informazioni:*

1. La DMBA, incluso il dipartimento Missionary Medical
2. Rappresentanti e dipendenti del Dipartimento missionario e divisione Gestione del rischio della Chiesa di Gesù Cristo dei Santi degli Ultimi Giorni
3. Autorità generali della Chiesa di Gesù Cristo dei Santi degli Ultimi Giorni
4. Il mio presidente di missione e sua moglie. Ciò include presidenti di siti storici, presidenti di tempio, e direttori dei centri visitatori e i loro coniugi
5. Individui che servono nel Consiglio di salute di missione
6. I dirigenti del sacerdozio della mia unità di origine (come il vescovo e il presidente di palo) e gli archivisti che possono aiutare i miei dirigenti locali del sacerdozio (come gli archivisti di rione o di palo)
7. Il personale del centro di addestramento per i missionari
8. Il personale del BYU Student Health Center
9. I miei genitori/tutori, come riportati di seguito (se la casella non è spuntata la risposta viene considerata "Sì"):

Sì  No Nome: \_\_\_\_\_ Tipo di rapporto: \_\_\_\_\_ Data di nascita: \_\_\_\_\_

Sì  No Nome: \_\_\_\_\_ Tipo di rapporto: \_\_\_\_\_ Data di nascita: \_\_\_\_\_

10. Altre persone da me indicate:

Nome: \_\_\_\_\_ Tipo di rapporto: \_\_\_\_\_ Data di nascita: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_ Tipo di rapporto: \_\_\_\_\_ Data di nascita: \_\_\_\_\_

*Informazioni da rilasciare:* Tutte le annotazioni prodotte durante una mia psicoterapia, tra cui le annotazioni registrate (in qualsiasi modo) da un operatore sanitario professionista della salute mentale, che documentano o analizzano i contenuti di conversazioni tenute durante sedute di terapia individuale, di gruppo, congiunta o familiare e che sono separate dal resto della mia cartella clinica.

*Scopo del rilascio delle informazioni:* Per una valutazione generale del mia salute e della mia capacità de servire come missionario e per la gestione e l'amministrazione della mia assistenza sanitaria mentre servo come missionario della Chiesa di Gesù Cristo dei Santi degli Ultimi Giorni.

*Data di scadenza:* Questa autorizzazione è valida dalla data di esecuzione fino a dodici mesi dopo il mio rilascio dalla missione, a meno che la revoca scritta. Posso revocare questa autorizzazione scrivendo a DMBA, Attention: Missionary Medical Department, P.O. Box 45730, Salt Lake City, UT 84145, USA. La revoca diventa effettiva solo dopo che è stata ricevuta da DMBA e la revoca non si applica all'uso e'ò alla divulgazione di ISP che si verificano prima che la DMBA abbia ricevuto la revoca scritta.

*Firma:* Certifico che le informazioni soprariportate sono esatte e complete. Ho il diritto di ricevere una copia di questa autorizzazione. Qualsiasi informazione utilizzata o divulgata ai sensi della presente autorizzazione può essere soggetta a ridiscussione e, pertanto, non può piúessere protteta dalle norme sulla privacy. Il trattamento, pagamenti, iscrizioni o idoneità per l'assistenza mediche applicabili non saranno condizionate dall'aver fornito questa autorizzazione, eccetto quanto altrimenti ammesso dalle leggi vigenti. Tuttavia, comprendo e accetto che il mio rifiuto a firmare o la mia revoca di questa autorizzazione potrebbe andare a inficiare la mia idoneità a servire o a continuare a servire come missionario della Chiesa di Gesù Cristo dei Santi degli Ultimi Giorni.

Firma del missionario: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_