



MISSIONARY
MEDICAL

보호 대상의 건강 정보에 대한 사용 및 공개 허가

정보가 공개될 개인의 성명

이름: _____ DMBA ID 또는 생년월일: _____

정보 공개 허용 대상자: 예수 그리스도 후기성도 교회 및 데저렛 유추얼 베네프트 어드미니스트레이터(DMBA)와 DMBA의 사업상 파트너를 포함한 그 산하 단체, 그리고 본 허가서 이전 또는 이후에 본인을 치료한 모든 의료 서비스 업체 및/또는 시설(정신 건강 전문가 포함).

정보 수신 허용 대상자:

1. 선교사 의료 부서를 포함한 DMBA
2. 예수 그리스도 후기성도 교회 선교사 부서와 위기 관리 부서의 대표 및 직원
3. 예수 그리스도 후기성도 교회 총관리 역원
4. 본인의 선교부 회장 및 배우자 사적지 회장단, 템플 회장단 및 방문자 센터 책임자 부부가 이에 포함됩니다
5. 선교 보건 위원회 담당자
6. 본인의 홈 유닛 신권 지도자(감독 및 스테이크 회장단 등)와 본인 지역의 신권 지도자(와드 및 스테이크 담당자)를 도와줄 수 있는 담당 직원
7. 선교사 훈련 센터 담당자
8. BYU 학생 건강 센터 담당자
9. 아래 명시된 본인의 부모/보호자 (상자에 체크표시가 없는 경우 "예"라고 간주합니다):
 - 예 아니오 이름: _____ 관계: _____ 생년월일: _____
 - 예 아니오 이름: _____ 관계: _____ 생년월일: _____
10. 본인의 재량으로 지명한 다음 인물:
 - 이름: _____ 관계: _____ 생년월일: _____
 - 이름: _____ 관계: _____ 생년월일: _____

공개될 정보: 본인의 보호 대상 건강 정보 (PHI). PHI는 개인의 과거, 현재, 또는 미래의 신체적 또는 정신적 건강에 상태에 대한 개인 식별 가능 정보로, 의료 서비스 제공업체나 의료 보험사에 보관 또는 전송될 수 있는 정보입니다. PHI에는 의료 기록, 증상 진단, 치료, 예후, 실험 결과, 복용 약물을 비롯하여 보험금 신청과 지불에 대한 정보를 포함하지만 이에 국한하지는 않습니다.

정보 공개 목적: 본인 건강 및 선교사로서 업무 적합성에 대한 전반적 평가와 예수 그리스도 후기성도 교회를 위해 선교사로서 봉사하는 동안 본인의 건강 관리에 대한 평가.

유효 기간: 본 허가서는 이행 날짜로부터 선교사 임무를 해임받은 후 1년이 되는 시점 까지, 서면으로 철회를 요청하지 않는 한 유효합니다. 본인은 DMBA에 서면을 통해 본 허가서의 철회를 요청할 수도 있습니다. 주의: 선교사 의료 부서, P.O. 박스 45730, 솔트 레이크 시티, 유타 84145, 미국. 철회는 DMBA가 서면 철회서를 수신한 후에만 효력을 가지며, DMBA에서 서면 철회서를 받아 보기 전 발생한 PHI의 사용 및/또는 공개건에 대해서는 적용되지 않습니다.

서명: 본인은 상기 정보가 사실이며 온전하다는 것을 보증합니다. 본인은 본 허가서 사본을 받아볼 권리가 있습니다. 본 허가서에 따라 사용되거나 공개된 정보는 재공개 대상이 될 수 있으므로 더 이상 개인정보 보호 규정에 따라 보호되지 않습니다. 치료, 납부, 등록, 또는 신청 가능한 의료 서비스에 대한 자격 요건은 준거 법에 따라 승인된 경우를 제외하고는 본인의 본 허가서 제공 여부와 관련 없습니다. 단, 본 허가서 서명을 거부 또는 철회할 경우 본인의 예수 그리스도 후기성도 교회 선교사로서 봉사하거나 봉사를 이어갈 수 있는 자격에 영향을 줄 수 있음을 이해하며, 이에 동의합니다.

선교사 서명: _____ 날짜: _____



MISSIONARY
MEDICAL

심리 치료 정보 사용 및 공개 허가

정보가 공개될 개인의 성명

이름: _____ DMBA ID 또는 생년월일: _____

정보 공개 허용 대상자: 예수 그리스도 후기성도 교회 및 데저렛 뮤추얼 베네핏 어드미니스트레이터(DMBA)와 DMBA의 사업상 파트너를 포함한 그 산하 단체, 그리고 본 허가서 이전 또는 이후에 나를 치료한 모든 의료 서비스 업체 및/또는 시설(정신 건강 전문가 포함).

정보 수신 허용 대상자:

1. 선교사 의료 부서를 포함한 DMBA
2. 예수 그리스도 후기성도 교회 선교사 부서와 위기 관리 부서의 대표 및 직원
3. 예수 그리스도 후기성도 교회 총관리 역원
4. 본인의 선교부 회장 및 배우자 사적지 회장단, 템플 회장단 및 방문자 센터 책임자 부부가 이에 포함됩니다
5. 선교 보건 위원회 담당자
6. 본인의 홈 유닛 신권 지도자(감독 및 스테이크 회장단 등)와 본인 지역의 신권 지도자(와드 및 스테이크 담당자)를 도와줄 수 있는 담당 직원
7. 선교사 훈련 센터 담당자
8. BYU 학생 건강 센터 담당자
9. 아래 명시된 본인의 부모/보호자 (상자에 체크표시가 없는 경우 "예"라고 간주합니다):

예 아니오 이름: _____ 관계: _____ 생년월일: _____

예 아니오 이름: _____ 관계: _____ 생년월일: _____

10. 본인의 재량으로 지명한 다음 인물:

이름: _____ 관계: _____ 생년월일: _____

이름: _____ 관계: _____ 생년월일: _____

공개될 정보: 개인, 그룹, 공동 또는 가족 상담 세션 대화를 문서화 또는 분석하는 정신 건강 전문가의 기록을 비롯하여 본인의 다른 의료 기록과 분리된 모든 형태의 기록을 포함한 본인의 심리 치료 기록.

정보 공개 목적: 본인 건강 및 선교사로서 업무 적합성에 대한 전반적 평가와 예수 그리스도 후기성도 교회를 위해 선교사로서 봉사하는 동안 본인의 건강 관리에 대한 평가.

유효 기간: 본 허가서는 이행 날짜로부터 선교사 임무를 해임받은 후 1년이 되는 시점 까지, 서면으로 철회를 요청하지 않는 한 유효합니다. 본인은 DMBA에 서면을 통해 본 허가서의 철회를 요청할 수도 있습니다. 주의: 선교사 의료 부서, P.O. 박스 45730, 솔트 레이크 시티, 유타 84145, 미국. 철회는 DMBA가 서면 철회서를 수신한 후에만 효력을 가지며, DMBA에서 서면 철회서를 받아 보기 전 발생한 PHI의 사용 및/또는 공개건에 대해서는 적용되지 않습니다.

서명: 본인은 상기 정보가 사실이며 온전하다는 것을 보증합니다. 본인은 본 허가서 사본을 받아볼 권리가 있습니다. 본 허가서에 따라 사용되거나 공개된 정보는 재공개 대상이 될 수 있으므로 더 이상 개인정보 보호 규정에 따라 보호되지 않습니다. 치료, 납부, 등록, 또는 신청 가능한 의료 서비스에 대한 자격 요건은 관련 법규로 허가되는 경우를 제외하고는, 본인의 본 허가서 제공 여부와 관련 없습니다. 단, 본 허가서 서명을 거부 또는 철회할 경우 본인의 예수 그리스도 후기성도 교회 선교사로서 봉사하거나 봉사를 이어갈 수 있는 자격에 영향을 줄 수 있음을 이해하며, 이에 동의합니다.

선교사 서명: _____ 날짜: _____