



MISSIONARY
M E D I C A L

Autorização para utilização e/ou divulgação de informações sigilosas de saúde

Nome do indivíduo cuja informação será divulgada: _____

Nome do Missionário: _____ Número de DMBA o Data de Nascimento: _____

Quem Pode Liberar as Informações: A Igreja de Jesus Cristo dos Santos dos Últimos Dias e suas entidades afiliadas inclusive o Deseret Mutual Benefit Administrators (DMBA) e suas associados; e todos e quaisquer outros prestadores de cuidados de saúde e/ou instalações (incluindo profissionais de saúde mental) que me trataram antes ou depois esta autorização.

Quem Pode Receber Informações:

1. DMBA, inclusive o Departamento Médico Missionário
2. Representantes e funcionários do Departamento Missionário e da Divisão de Gerenciamento de Risco de A Igreja de Jesus Cristo dos Santos dos Últimos Dias
3. Autoridades Gerais de A Igreja de Jesus Cristo dos Santos dos Últimos Dias
4. Meu presidente de missão e sua esposa. Isso inclui presidentes de lugares históricos, presidentes de templos, e diretores de centros de visitantes e suas esposas
5. Pessoas que servem no Conselho de Saúde da Missão
6. Os líderes do sacerdócio da minha ala de origem (tais como o bispo e o presidente da estaca) e os secretários que possam auxiliar meus líderes locais do sacerdócio (tais como secretário de ala e estaca)
7. Funcionários do Centro de Treinamento Missionário (MTC)
8. Funcionários do Centro de saúde do estudantes da BYU (BYU Student Health Center)
9. Meus pais/guardiães, como indicado abaixo (se o quadrado não estiver assinalado, presume-se que seja “sim”):
 - Sim Não Nome: _____ Parentesco: _____ Data de nascimento: _____
 - Sim Não Nome: _____ Parentesco: _____ Data de nascimento: _____
10. Outros que eu designar segundo meu critério, como segue:
 - Nome: _____ Parentesco: _____ Data de nascimento: _____
 - Nome: _____ Parentesco: _____ Data de nascimento: _____

A Informação a Ser Liberada: Informações protegidas sobre minha saúde pessoal (ISS). As ISS são informações identificáveis individualmente sobre o passado, presente ou futuro da saúde física ou mental de uma pessoa, que são mantidas ou transmitidas por um prestador de serviços médicos ou plano de saúde. As ISS incluem, mas não são limitadas a: registros médicos, sintomas, diagnósticos, tratamentos, prognósticos, resultados de exames laboratoriais, medicamentos e informações sobre seguros, reclamações e pagamentos.

O Propósito de Liberar a Informação: Para a avaliação geral de minha saúde e aptidão física para servir como missionário, e para coodenar e administrar minhas designações missionárias, e para administração de meus cuidados de saúde enquanto server como missionário de A Igreja de Jesus Cristo dos Santos dos Últimos Dias.

Data do Vencimento: Essa autorização é válida partir da data de assinatura até 12 meses após depois que eu for desobrigado da missão , a menos que seja cancelada por escrito antes dessa data. Posso cancelar essa autorização escrevendo ao DMBA, aos cuidados do: Missionary Medical Department, P.O. Box 45730, Salt Lake City, Utah 84145. O cancelamento se torna efetivo apenas depois do recebimento pelo DMBA e não se aplica ao uso e/ou divulgação de ISS que ocorram antes de o cancelamento por escrito ser recebida.

Assinatura: Declaro que as informações acima são verdadeiras e completas. Tenho o direito de receber uma cópia desta autorização. Qualquer informação usada ou divulgada de acordo com esta autorização pode estar sujeita a outra divulgação e pode, portanto, não mais ser protegida pelos regulamentos referentes à privacidade. Tratamentos, pagamentos, inscrições ou aprovações para cuidados médicos aplicáveis não serão condicionados ao fornecimento desta autorização a não ser que seja permitido pela lei aplicável. Entretanto, compreendo e concordo que recusa em assinar esta autorização pode afetar minha aprovação para servir ou continuar servindo como missionário de A Igreja de Jesus Cristo dos Santos dos Últimos Dias.

Assinatura do Missionário: _____ Data: _____



MISSIONARY
M E D I C A L

Autorização para utilização e/ou divulgação anotações de psicoterapia

Nome do indivíduo cuja informação será divulgada: _____

Nome do Missionário: _____ Número de DMBA o Data de Nascimento: _____

Quem Pode Liberar as Informações: A Igreja de Jesus Cristo dos Santos dos Últimos Dias e suas entidades afiliadas inclusive o Deseret Mutual Benefit Administrators (DMBA); associados comerciais da DMBA; e todos e quaisquer outros prestadores de cuidados de saúde e/ou instalações (incluindo profissionais de saúde mental) que me trataram antes ou depois desta autorização.

Quem Pode Receber Informações:

1. DMBA, inclusive o Departamento Médico Missionário
2. Representantes e funcionários do Departamento Missionário e da Divisão de Gerenciamento de Risco de A Igreja de Jesus Cristo dos Santos dos Últimos Dias
3. Autoridades Gerais de A Igreja de Jesus Cristo dos Santos dos Últimos Dias
4. Meu presidente de missão e sua esposa. Isso inclui presidentes de lugares históricos, presidentes de templos, e diretores de centros de visitantes e suas esposas
5. Pessoas que servem no Conselho de Saúde da Missão
6. Os líderes do sacerdócio da minha ala de origem (tais como o bispo e o presidente da estaca) e os secretários que possam auxiliar meus líderes locais do sacerdócio (tais como secretário de ala e estaca)
7. Funcionários do Centro de Treinamento Missionário (MTC)
8. Funcionários do Centro de saúde do estudantes da BYU (BYU Student Health Center)
9. Meus pais/guardiães, como indicado abaixo (se o quadrado não estiver assinalado, presume-se que seja "sim"):
 Sim Não Nome: _____ Parentesco: _____ Data de nascimento: _____
 Sim Não Nome: _____ Parentesco: _____ Data de nascimento: _____
10. Outros que eu designar segundo meu critério, como segue:
Nome: _____ Parentesco: _____ Data de nascimento: _____
Nome: _____ Parentesco: _____ Data de nascimento: _____

A Informação a Ser Liberada: Minhas anotações de psicoterapia, inclusive observações registradas em qualquer meio por um profissional da área de saúde mental que tenha documentado ou analisado os conteúdo das conversas durante uma sessão de aconselhamento particular, de um grupo, junta ou sessão de aconselhamento familiar e que estejam separadas do restante do meu registro médico.

O Propósito de Liberar a Informação: Para a avaliação geral da minha saúde e aptidão física para servir como missionário, para coordenar e administrar minhas designações missionárias, e para a administração dos meus cuidados de saúde enquanto servir como missionário de A Igreja de Jesus Cristo dos Santos dos Últimos Dias.

Data do Vencimento: Essa autorização é válida a partir da data de assinatura até 12 meses depois que eu for desobrigado da missão, a menos que seja cancelada por escrito antes dessa data. Posso cancelar essa autorização escrevendo ao DMBA, aos cuidados do: Missionary Medical Department, P.O. Box 45730, Salt Lake City, Utah 84145. O cancelamento se torna efetivo apenas depois do recebimento pelo DMBA ou e não se aplica ao uso e/ou divulgação de ISS que ocorram antes de que o cancelamento por escrito seja recebido.

Assinatura: Declaro que as informações acima são verdadeiras e completas. Tenho o direito de receber uma cópia desta autorização. Qualquer informação usada ou divulgada de acordo com esta autorização pode estar sujeita a outra divulgação e pode, portanto, não mais ser protegida pelos regulamentos referentes à privacidade. Tratamentos, pagamentos, inscrições ou aprovações para cuidados médicos aplicáveis não serão condicionados ao fornecimento desta autorização, a não ser que seja permitido pela lei aplicável. Entretanto, compreendo e concordo que minha recusa em assinar esta autorização ou se eu a cancelar pode afetar minha aprovação para servir ou continuar servindo missionário de A Igreja de Jesus Cristo dos Santos dos Últimos Dias.

Assinatura do Missionário: _____ Data: _____