



MISSIONARY
M E D I C A L

Autorización para usar y/o divulgar información de salud protegida

Nombre del individuo cuya información se publicará:

Nombre del misionero(a): _____ Número de DMBA o Fecha de Nacimiento: _____

Quién puede divulgar la información: La Iglesia de Jesucristo de los Santos de los Últimos Días y sus entidades afiliadas, entre otros los administradores de beneficios de Deseret Mutual Benefit Administrators (DMBA), los asociados comerciales de DMBA; y alguno o todos los proveedores y/o las instituciones de atención sanitaria (incluidos los profesionales de salud mental) que me hayan tratado antes o me traten después de esta autorización.

Quién puede recibir información:

1. DMBA, incluyendo el Departamento Médico Misional
2. Representantes y empleados del Departamento Misional y la División de Administración de riesgos de La Iglesia de Jesucristo de los Santos de los Últimos Días
3. Autoridades Generales de La Iglesia de Jesucristo de los Santos de los Últimos Días
4. Mi presidente de misión y su esposa. Esto incluye presidentes de emplazamiento histórico, presidentes de templos, y directores de centros de visitantes y sus esposas
5. Las personas que presten servicio en el Consejo de Salud de la Misión
6. Los líderes del sacerdocio de mi unidad de origen (por ejemplo, el obispo y el presidente de estaca) y los secretarios que ayuden a mis líderes locales del sacerdocio (por ejemplo, los secretarios de barrio y estaca)
7. El personal del Centro de Capacitación Misional (MTC)
8. El personal del Centro Médico para alumnos de BYU (BYU Student Health Center)
9. Mis padres/tutores legales como se indica a continuación (si no está marcada una de las casillas, se supone que la respuesta es "sí"):

Sí No Nombre: _____ Relación: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Sí No Nombre: _____ Relación: _____ Fecha de Nacimiento: _____

10. Otras personas a las que designo a mi discreción de este modo:

Nombre: _____ Relación: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Nombre: _____ Relación: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Información a divulgar: Mi información médica personal (IMP). La IMP consiste en datos que se pueden identificar individualmente acerca de salud física o médico de una persona en el pasado, el presente o el futuro, conservados o transmitidos por un proveedor sanitario o un seguro médico.. La IMP incluye, entre otros datos historiales médicos, síntomas, diagnósticos, tratamientos, pronosis, resultados de laboratorios, medicamentos e información relativa a seguros, reclamaciones y pagos.

El propósito de divulgar la información: Para la evaluación general de mi salud y aptitud física para prestar servicio como misionero, así como para la coordinación y administración de mis asignaciones misionales para la gestión y administración de mi atención médica mientras preste servicio como misionero de La Iglesia de Jesucristo de los Santos de los Últimos Días.

Fecha de vencimiento: Esta autorización será válida a partir de la fecha de ejecución y durante 12 meses a partir de la fecha de relevo de la misión , a menos que se revoque por escrito antes de ese momento. Podré revocar esta autorización por escrito dirigiéndome a: DMBA, Attention: Missionary Medical Department, P.O. Box 45730, Salt Lake City, Utah 84145, EE. UU. La revocación solo hará efectiva únicamente tras su recepción por parte de DMBA , y no se aplicará al uso o la divulgación de IMP que hubiera ocurrido antes de recibir revocación por escrito.

Firma: Declaro que la información anterior es verdadera y completa. Tengo derecho de recibir una copia de esta autorización. Toda información utilizada o divulgada en relación con esta autorización podría quedar sujeta a una nueva divulgación y, por tanto, podría dejar de estar protegida por la normativa de privacidad. El tratamiento, el pago, la suscripción o la elegibilidad correspondiente a la atención médica no dependerán de que facilite o no esta autorización, salvo cuando la legislación vigente lo permita Sin embargo, entiendo y acepto que mi negativa a firmar esta autorización, o el hecho de que la revoque, podría afectar mi elegibilidad para servir o continuar sirviendo como misionero de La Iglesia de Jesucristo de los Santos de los Últimos Días.

Firma del misionero(a): _____ Fecha: _____



MISSIONARY
M E D I C A L

Autorización para usar y/o divulgar notas de psicoterapia

Nombre del individuo cuya información se publicará:

Nombre del misionero(a): _____ Número de DMBA o Fecha de Nacimiento: _____

Quién puede divulgar la información: La Iglesia de Jesucristo de los Santos de los Últimos Días y sus entidades afiliadas, entre otros los administradores de beneficios de Deseret Mutual Benefit Administrators (DMBA), los asociados comerciales de DMBA; y alguno o todos los proveedores y/o las instituciones de atención sanitaria (incluidos los profesionales de salud mental) que me hayan tratado antes o me traten después de esta autorización.

Quién puede recibir información:

1. DMBA, incluyendo el Departamento Médico Misional
2. Representantes y empleados del Departamento Misional y la División de Administración de riesgos de La Iglesia de Jesucristo de los Santos de los Últimos Días
3. Autoridades Generales de La Iglesia de Jesucristo de los Santos de los Últimos Días
4. Mi presidente de misión y su esposa. Esto incluye presidentes de emplazamiento histórico, presidentes de templos, y directores de centros de visitantes y sus esposas
5. Las personas que presten servicio en el Consejo de Salud de la Misión
6. Los líderes del sacerdocio de mi unidad de origen (por ejemplo, el obispo y el presidente de estaca) y los secretarios que ayuden a mis líderes locales del sacerdocio (por ejemplo, los secretarios de barrio y estaca)
7. El personal del Centro de Capacitación Misional (MTC)
8. El personal del Centro Médico para alumnos de BYU (BYU Student Health Center)
9. Mis padres/tutores legales como se indica a continuación (si no está marcada una de las casillas, se supone que la respuesta es "sí"):

<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No	Nombre: _____	Relación: _____	Fecha de Nacimiento: _____
<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No	Nombre: _____	Relación: _____	Fecha de Nacimiento: _____
10. Otras personas a las que designo a mi discreción de este modo:

Nombre: _____	Relación: _____	Fecha de Nacimiento: _____
Nombre: _____	Relación: _____	Fecha de Nacimiento: _____

Información a divulgar: Mis notas de psicoterapia, incluidas las notas registradas en cualquier formato por un profesional de salud mental que documenten o analicen conversaciones de sesiones de terapia privadas, en grupo, conjuntas o familiares, y que estén separadas del resto de mi historial médico.

El propósito de divulgar la información: Para la evaluación general de mi salud y aptitud física para prestar servicio como misionero, así como para la coordinación y administración de mis asignaciones misionales y para la gestión y administración de mi atención médica mientras preste servicio como misionero de a La Iglesia de Jesucristo de los Santos de los Últimos Días.

Fecha de vencimiento: Esta autorización será válida a partir de la fecha de ejecución y durante 12 meses a partir de la fecha de relevo de la misión, a menos que se revoque por escrito antes de ese momento. Podré revocar esta autorización por escrito dirigiéndome a: DMBA, Attention: Missionary Medical Department, P.O. Box 45730, Salt Lake City, Utah 84145, EE. UU. La revocación se hará efectiva únicamente tras su recepción por la parte de DMBA, y no se aplicará al uso o la divulgación de IMP que hubiera ocurrido antes de recibir la revocación por escrito.

Firma: Declaro que la información anterior es verdadera y completa. Tengo derecho a recibir una copia de esta autorización. Toda información utilizada o divulgada en relación con esta autorización podría quedar sujeta a una nueva divulgación y, por tanto, podría dejar de estar protegida por la normativa de privacidad. El tratamiento, el pago, la suscripción o la elegibilidad correspondientes a la atención médica no dependerán que facilite o no esta autorización, salvo cuando la legislación vigente lo permita. Sin embargo, entiendo y acepto que mi negativa a firmar esta autorización, o el hecho que la revoque, podría afectar mi elegibilidad para servir o continuar sirviendo como misionero de a La Iglesia de Jesucristo de los Santos de los Últimos Días.

Firma del misionero(a): _____ Fecha: _____