



AUTORIZACIÓN PARA USAR Y/O DIVULGAR INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA

Nombre del individuo cuya información se publicará

NOMBRE DEL MISIONERO(A)	DMBA ID (SI ESTÁ DISPONIBLE)	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:

- DMBA, incluyendo el Missionary Medical Department y sus socios comerciales (como Aetna, United Healthcare y sus socios afiliados / proveedores / médicos / instalaciones médicas)
- Representantes y empleados del Departamento Misionaly la División de Administración de riesgos de La Iglesia de Jesucristo de los Santos de los Últimos Días
- Autoridades Generales de La Iglesia de Jesucristo de los Santos de los Últimos Días
- 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.
- Las personas que presten servicio en el Consejo de Salud de la Misión
- 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)
- El personal del Centro de Capacitación Misional (MTC)
- El personal del Centro Médico para alumnos de BYU (BYU Student Health Center)
- 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
NOMBRE	RELACIÓN	FECHA DE NACIMIENTO

Sí No

- 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: _____



AUTORIZACIÓN PARA USAR Y/O DIVULGAR NOTAS DE PSICOTERAPIA

Nombre del individuo cuya información se publicará

NOMBRE DEL MISIONERO(A)	DMBA ID (SI ESTÁ DISPONIBLE)	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:

- DMBA, incluyendo el Missionary Medical Department y sus socios comerciales (como Aetna, United Healthcare y sus socios afiliados / proveedores / médicos / instalaciones médicas)
- Representantes y empleados del Departamento Misionaly la División de Administración de riesgos de La Iglesia de Jesucristo de los Santos de los Últimos Días
- Autoridades Generales de La Iglesia de Jesucristo de los Santos de los Últimos Días
- 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.
- Las personas que presten servicio en el Consejo de Salud de la Misión
- 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)
- El personal del Centro de Capacitación Misional (MTC)
- El personal del Centro Médico para alumnos de BYU (BYU Student Health Center)
- 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
NOMBRE	RELACIÓN	FECHA DE NACIMIENTO

Sí No

- 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: _____